These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA A'

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 28 DE OUTUBRO DE 1904

PARA SER DEFENDIDA POR

Joaquim Barretto de Araujo

Ex-Interno effectivo do Hospital Santa Izabel, ex-Presidente do Gremio dos Internos dos Hospitaes da Bahia e ex-Socio effectivo do mesmo Gremio

Natural do Estado da Bahia

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

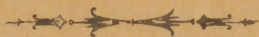
DOUTOR EM SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Da Intervenção Cirurgica nas Feridas Penetrantes do Abdomen

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

Litho-Typographia ALMEIDA

37—Rua da Afandega—37

1904

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

Da Intervenção Cirurgica nas Feridas Penetrantes do Abdomen

CAPITULO I

Historico

Ao começarmos o estudo de um assumpto tão vasto, tão variado como o do tratamento cirurgico das feridas penetrantes do abdomen, não temos absolutamente em vista fazer a descripção detalhada de cada orgão em particular, achando necessario desde já fixar os limites de nossa dissertação.

Todos os orgãos contidos na cavidade abdominal podem ser attingidos por uma ferida penetrante. O figado, o baço, os rins, a bexiga, os grossos vasos: a aorta, veia cava, vasos mesentericos, podem ser feridos, quer isoladamente, quer ao mesmo tempo que uma parte do tubo digestivo.

Sendo, porem, as feridas do intestino as mais communs, dellas trataremos mais minuciosamente.

De todos os orgãos abdominaes é o intestino delgado o mais sujeito aos ferimentos, por occupar esta porção do apparelho digestivo, as regiões do abdomen mais accessiveis aos agentes vulnerantes.

O intestino grosso, ao contrario, está mais bem protegido, por ficar occulto nos flancos e nos hypocondrios, achando-se, por isso, menos exposto aos ferimentos.

As lesões traumaticas do intestino, observadas pelos antigos cirurgiões eram consideradas como sempre mortaes, «salvo intervenção divina». As vagas noções que tinham das visceras abdominaes e suas funcções, ao lado dos fracos recursos de que dispunha a therapeutica cirurgica, paralysavam os esforços dos cirurgiões daquellas epochas remotas e contribuiam para assombrar o prognostico das lesões de que nos occupamos, hoje muito mais benigno, graças aos aperfeiçoamentos da sciencia de Pasteur; pelo que, podemos dividir o historico das feridas penetrantes do abdomen em dois periodos: o preantiseptico e o antiseptico.

Hippocrates (1) considerava as lesões do intestino, e em geral as feridas das visceras contidas na cavidade infra-diaphragmatica, como

(1) Dechambre—Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales.

quasi sempre incuraveis e, sem nada fallar da intervenção, aconselhava que se deixasse gangrenar o epiploon, quando herniado, não negando a possibilidade de cura nos ferimentos pequenos e longitudinaes do intestino.

Celso (1), depois de Hippocrates, dizia nada aproveitar, quando perfurado o intestino delgado.

Foram os cirurgiões arabes, diz Saint-Laurens (2), os que primeiro praticaram a sutura do estomago e do intestino, quando a ferida exterior era extensa.

Lanfranc, chamado o pae da cirurgia franceza, seguia as mesmas praticas, mas antes de suturar o intestino, elle introduzia em sua cavidade uma trachéa-arteria de animal, afim de não haver diminuição de calibre.

Começaram a ser estudadas as feridas produzidas por projectis de armas de fogo, consideradas de uma gravidade tal, que, para explical-a, todas as interpretações haviam sido admittidas. João de Vigo, grande cirurgião de Julio II, no seculo XVI, e Bertapglia, seu contemporaneo, diziam que os projectis «queimavam e envenenavam os tecidos», ao que se oppunha

---

(1) Celso—De re medica.
(2) Saint-Laurens —These de Paris de 1888.

Joubert, refutando á «venenosidade da polvora e a acção cauterisante dos projectis».

Mais tarde, a gravidade dessas feridas foi attribuida á sua verdadeira causa, a infecção do peritoneu, permanecendo ainda por muito tempo paralysada a intervenção cirurgica, pelo receio [illegible] giões de tocarem a grande serosa.

Foi no fim do seculo XVIII, segundo nos diz Chauvel (1), que surgiram os primeiros cirurgiões que sustentaram a utilidade da exploração e da intervenção precoce nos casos de ferimentos do intestino por projectis de guerra.

As primeiras tentativas datam de 1788, quando Thommassin fazia a exploração das feridas para retirar os corpos estranhos encontrados na cavidade abdominal.

Methée de la Touche, em 1799, intervinha e lavava com agua tepida o peritoneu contaminado pelas fezes.

Dufourart, em 1801, vae alem: pega o intestino, desdobra-o em procura das lesões, fixa o ponto lesado á abertura externa da parede abdominal, mas recua si encontra muitas perfurações.

Em 1829, Joubert, citado por Mendy (2), por

(1) Chauvel-Congrés de Chirurgie de Paris—1888.

(2) Henry Mendy - These de Paris 1896.

experiencias realisadas em cães, demonstra a facil cicatrisação das feridas do intestino, e é o primeiro a nos fallar claramente da intervenção cirurgica, como meio therapeutico, pela sutura das feridas intestinaes.

A posição e o repouso, para Joubert, são de uma alta importancia, pois, nesses casos, favorecem a reunião á custa das partes circumvisinhas, os movimentos podendo destruir as adherencias que se estabelecem.

Quando o intestino ferido se herniava, Ambrosio Paré o recolhia, depois de tel-o suturado. Com o bisturi abotoado, praticava o desbridamento da ferida e, por meio da agulha, punccionava o intestino para deixar escapar os gazes. Tratando das lesões do estomago, fazia a gastrorrhaphia, deixando um pequeno orificio na parte mais declive, para dar escoamento aos liquidos. Recommendava ao ferido um repouso, perfeito, collocando-o em posição favoravel, coxas e pernas em flexão. Preconisava as bebidas geladas, dieta rigorosa, sangria local, applicações de gelo sobre o ventre e contra-indicava os clysteres.

As ideias desse illustre cirurgião foram muito bem acceitas pelos seus contemporaneos e seguidas durante muito tempo sem mudança notavel.

Em 1836, porem, em uma licção feita por

Baudens (1) na eschola de Val-de-Grace, sobre uma peritonite traumatica com perfuração do intestino, encontramos uma nova indicação da intervenção.

Junto ao leito do doente fallava o grande mestre aos seus discipulos: « Pelo facto de Ravaton e muitos outros collegas citarem exemplos de cura nas feridas deste genero, pensa-se que deve ser sempre assim e que convem abandonar as balas perdidas aos esforços eliminadores da natureza. E' um erro grave, porque nove vezes sobre dez, pelo menos, sobrevêm accidentes mortaes desenvolvidos sob a acção de uma peritonite sepuraguda, cuja duração não passa de vinte quatro horas; pela necropsia se vê que uma ou varias dobras do intestino foram atravessadas de lado a lado; que houve derramamento de materias na cavidade peritoneal; que uma inflammação intensa invadiu o peritoneu; e se consola, dizendo que o mal está acima dos recursos da arte.

E' um engano: o dominio cirurgico não deve ser encerrado em um circulo tão estreito, e é para ampliar-lhe os limites que não receio levar o bisturi á perfuração que fez o projectil na parede abdominal, afim de augmentar suas dimensões, de proseguir até na cavidade o exame

(1) Baudens—Clinique des plaies d'armes á feu. 1836.

do trajecto que elle percorreu e de levar ás lesões intestinaes um remedio prompto e efficaz.

Sei que uma multidão de considerações estranhas á arte intimidam o cirurgião que trata seu cliente em domicilio e que o receio de passar por deshumano ou por muito ousado, si a operação não é coroada de successo, lhe detem muitas vezes a mão, quando podia ainda salvar o ferido.

Não está nisso a humanidade e sempre tomarei por norma de proceder o seguinte aphorismo: *melius anceps remedium quam nullum*».

Pirogoff, impressionado com a gravidade das lesões do tubo digestivo, praticou a resecção de uma dobra do intestino, apresentando quatro perfurações, e suturou as extremidades na ferida.

O operado que quatro dias depois se achava em bom estado, deixou o Hospital e foi perdido de vista. Apezar desta unica intervenção, cújo resultado elle não conheceu, Pirogoff recommendava o estabelecimento de um anus artificial, conselho que tambem é dado por Legouest em sua Cirurgia de guerra.

Esta pratica não passou á cirurgia corrente e, até então, a resecção do intestino e o estabelecimento de um anus artificial eram apenas aconselhados.

Em 1848, emfim, Nelaton mostra-se tambem

partidario da intervenção. Não é melhor, diz elle, estender ás feridas por armas de fogo o beneficio da sutura intestinal, do que abandonar um ferido ás eventualidades de um derramamento, cujas consequencias são as mais das vezes funestas?

Esta pratica encontrou grandes adeptos entre os grandes cirurgiões da epocha; foi assim que Dupuytren, Légouest, Sedillot e Otis se declararam partidarios da intervenção e da sutura intestinal.

Durante a guerra franco-allemã de 1870, diz o professor Chauvel (1), as pessimas condições hygienicas em que se achava o exercito francez e os limitados conhecimentos que tinham os cirurgiões daquella epocha para as operações abdominaes, fizeram que a intervenção não tivesse partidarios e que os feridos fossem todos tratados pela expectação e com o uso de opio em altas doses, afim de acalmar a dor e favorecer a producção de adherencias.

Contra a hemorrhagia interna que causava a morte de maior numero dos feridos, lançavam mão da bexiga de gelo e da compressão abdominal por meio de uma faxa acolchoada.

Emquanto esse movimento de regressão se passava na França, Parkes, de Chicago, e Moore,

(1) Chauvel—Congrès de Chirurgie de Paris—1888.

de Richemond, defendiam eloquentemente, no Congresso de Washington, a causa da laparotomia precoce, e, desde então, tanto na America como na França e em outros paizes da Europa, os trabalhos foram numerosos pró e contra a laparotomia.

A descoberta da antisepsia torna o peritoneu accessivel ás intervenções cirurgicas, dá mais audacia aos operadores e a questão do tratamento das feridas do abdomen entra em uma nova phase.

Com a antisepsia, não mais se notaram os terriveis accidentes que eram o apanagio da phase preantiseptica, e o cirurgião, armado desses novos recursos que a nova sciencia lhe fornecia, sentia-se como que mais apercebido de coragem e de animo, para não dizer de audacia, e não mais recuava diante das grandes intervenções da cavidade abdominal.

Conhecedores dos trabalhos de Parkes, Reclus e Nogués (1), partidarios da abstenção, realizam em nove cães suas experiencias.

Estes animaes, segundo nos dizem Chauvel e o proprio Reclus, foram previamente purgados, e depois do traumatismo tratados pela dieta hydrica, durante muitos dias, e pelo opio.

Dos nove cães, dois morreram de hemorrhagia

(1) Reclus et Nogués—Revue de chir—1890.

2

algumas horas depois do traumatismo, quatro morreram de peritonite e tres sobreviveram.

Os cães curados foram sacrificados no decimo dia por secção do bolbo; o primeiro apresentava uma dupla perfuração do estomago, o segundo duas perfurações do intestino delgado, emfim, no terceiro, existiam quatro perfurações associadas, duas a duas, e formando um volumoso feixe.

Dando muito valor a esses resultados, Reclus e Nogués insistem sobre o valor da rolha mucosa no nivel da perfuração e das adherencias precoces da alça lesada com o peritoneu parietal, ou com uma parte qualquer do epiploon. Contestam as experiencias de Parkes e, apoiando-se no methodo experimental, ficam convencidos da cura espontanea das feridas do intestino.

Chauvel, não negando o resultado dessas experiencias, diz que infelizmente os soldados em campanha não se podem achar nas mesmas condições que os cães de Reclus.

Em 1891, Estor e Chaput (1), tomam as experiencias de Reclus e Nogués e chegam ás seguintes conclusões: 1.°—As experiencias feitas em cães dão resultados que não podem ser applicados ao homem, porque a susceptibilidade do

(1) - Duplay et Reclus—Traité de Chirurgie 1893. Vol. VI. pag. 448.

peritoneu contaminado pelas materias fecaes differe do homem para o cão. 2.º—Os diversos processos naturaes considerados como podendo auxiliar a cura espontanea são incapazes de impedir o derramamento das materias estercoraes. 3.º—Corando-se os alimentos ingeridos pelos animaes algumas horas antes da ferida do intestino, verifica-se a presença constante de materias fecaes na cavidade peritoneal e pode-se estudar seu modo de diffusão.

Esses auctores terminaram seus estudos insistindo e mostrando as vantagens da intervenção precoce.

Na Inglaterra, Mac Cormac defende vehementemente o tratamento operatorio.

Na França, rompem-se os debates na Sociedade de Cirurgia. Emquanto um certo numero de cirurgiões francezes, entre os quaes Chauvel, Terrier, Leon Labbé, Pozzi, Trelat, Championière, Kirmisson e muitos outros se pronunciavam vivamente por uma intervenção operatoria desde que o peritoneu fosse atravessado por uma bala, outros, como Tillaux, Le Fort, Delorme, Chavasse, só acceitavam essa pratica com restricção e aconselhavam que se esperasse a peritonite.

Reclus conserva suas ideias abstencionistas e considera a laparotomia como «perigosa,

muitas vezes incompleta, quasi sempre inutil».

Elle só admittia a laparotomia quando o intestino fazia hernia atravéz da parede abdominal ou quando havia hemorrhagia continua.

A' excepção dessas indicações, diz Reclus: é preciso esperar os signaes precursores da peritonite.

Inteiramente outra era a conducta seguida por Terrier. «Em presença de uma ferida penetrante, é preciso ir ver o que se passa na cavidade abdominal, sem esperar a evolução dos accidentes. A cura espontanea é rara e não se deve contar com ella. A laparotomia exploradora é a unica operação benigna, e é preferivel fazer-se uma operação inutil do que descuidar quando ella é indispensavel.»

Entre nós, já vem de algum tempo que essas intervenções são praticadas com bom exito nos nossos hospitaes.

O Professor Pacheco Mendes (1), em seu livro de Clinica cirurgica, nos falla das vantagens da intervenção e nos dá duas observações de cura em casos de ferimentos do intestino, sem referir-se a observações outras ainda não publicadas e que nos foram pelo illustre professor obsequiosamente cedidas.

---

(1) Dr. Antoine Pacheco Mendes--Etudes de Clinique Chirurgicale—1901.

Essas observações, com outras do Dr. Perouse Pontes, tambem praticadas aqui na Bahia e acompanhadas por nós, vão registadas em outro capitulo do nósso modesto trabalho.

Depois do ligeiro estudo historico que acabamos de fâzer, pensamos que a pratica de Terrier é a unica verdadeiramente cirurgica e hoje acceita. Quasi todos os cirurgiões a seguem, até o proprio Reclus que veio depois ao Congresso de Cirurgia de 1896 e declarou-se partidario da intervenção o mais cedo possivel.

Não nos falte o sangue frio na occasião e disponhamos de todos os recursos que se fazem mistér em casos taes, não deixaremos de intervir toda vez que o diagnostico de perfuração do intestino não suscitar mais duvidas ao nosso espirito. E, assim procedendo, ficaremos com a consciencia tranquilla, convencido de haver praticado um acto de humanidade que a nenhum cirurgião é dado recusar.

CAPITULO II

Estudo clinico

As intervenções realisadas na cavidade abdominal se caracterisam actualmente por uma benignidade verdadeiramente maravilhosa. Muito ha ainda a fazer para diagnosticar-se de um modo exacto e preciso a natureza, assim como o grão das lesões nos individuos portadores de traumatismos do abdomen.

Ao lado do grande progresso que tem feito a medicina operatoria, é de lamentar a incerteza, a duvida em que nos deixam muitas vezes nossas investigações clinicas, ao vermos um ferido nos primeiros momentos que se seguem ao traumatismo, antes que a peritonite se manifeste com seu cortejo symptomatico.

De um modo geral, o diagnostico de uma ferida penetrante do abdomen não é cousa difficil de se fazer. Em muitos casos a sym-

ptomatologia dessas feridas é tão clara, as lesões tão evidentes, que não se poderá hesitar, — a penetração é manifesta: a parede abdominal acha-se largamente aberta, as visceras fazem hernia atravez da abertura, a incisão cutanea corresponde directamente á do peritoneu, de maneira que as visceras da cavidade infra-diaphragmatica quando não herniadas, podem ser vistas, ou então, gazes, materias fecaes ou sangue, se escoam pelo orificio continuamente. A hematemese tambem pode se manifestar.

As feridas desse genero nenhuma difficuldade offerecem ao diagnostico; são quasi sempre feridas largas; dellas, portanto, não nos occuparemos.

Quando, porem, um orificio de entrada de alguns millimetros, ponto de penetração do agente vulnerante, é toda lesão apparente, ahi sim, o clinico acha-se em difficuldades quasi insuperaveis.

A ferida é penetrante?

Existem lesões dos orgãos internos?

De que natureza são essas lesões?

Eis o problema a resolver. Os meios de investigação de que dispõe a cirurgia são numerosos: a symptomatologia dos traumatismos do abdomen é muito vasta, mas variavel e pouco segura.

Muitas vezes, por occasião da laparotomia, encontram-se lesões que a observação clinica não permittiu diagnosticar.

A litteratura medica é bastante rica em casos desta natureza, mas nem por isso os symptomas deixam de ter um valor diagnostico real. Analysados isoladamente, ou formando agrupamentos syndromaticos, elles podem nos fornecer grande valor diagnostico e indicações therapeuticas.

Procuremos estudar os principaes symptomas, assim como os processos empregados como meio de diagnostico e delles tirar as indicações possiveis.

Symptomas geraes.—Em primeiro logar estudaremos os symptomas constitutivos do syndroma— Shock abdominal, — que são quasi sempre immediatos ao traumatismo; depois passaremos a descrever, em breves traços, a hemorrhagia, a dôr, o vomito, etc.

Shock.—O shock peritoneal é um aggregado de phenomenos de depressão geral que se manifestam geralmente em seguida aos grandes traumatismos e que se traduzem pela pallidez da face, tendencia á syncope, suores frios generalisados, pulso pequeno, depressivel e frequente, resfriamento das extremidades, dilatação das pupillas, estado nauseoso, seguido ou não de

vomitos e algumas vezes de soluços, e resolução mais ou menos completa de todo o corpo. No logar do traumatismo, pode-se notar uma contractura anormal.

E' um syndroma que, mal estudado, pode dar logar a interpretações falsas.

Já se o tem confundido com a hemorrhagia interna e vice-versa.

Coley e Stimson negam a existencia do shock puramente nervoso, nas feridas do abdomen; para elles, este estado depende sempre da hemorrhagia intra-peritoneal.

Deante dos trabalhos de Mansell Moullin, Tarchanoff, Brown—Sequard (1) Geltz, Bernstein e Tixier (2), não podemos acceitar esta asserção, si bem que os dois estados, hemorrhagia e shock, apresentem grandes semelhanças em suas manifestações clinicas: pulso pequeno, pallidez da face, suores frios, etc.

As differenças entre estes dois estados são difficilmente apreciaveis, o shock tendo, entretanto, sua autonomia propria.

E' observado em seguida aos traumatismos violentos, todas as vezes que o systema nervoso

---

(1) Brown-Sequard-Arch. génér. de médéc.=1856.

(2)—L. Tixier- Pratique de l'evisceration en chirurgie abdominal. These de Lion, 1897.

é fortemente abalado e sem que se trate de hemorrhagia.

Elle se manifesta geralmente, desde que o systema sympathico, tão sensivel, é traumatisado.

L. Tixier demonstrou brilhantemente em sua monumental these a relação existente entre as irritações peritoneaes e os reflexos circulatorios e respiratorios e, nas conclusões de seu trabalho, pagina 331, se exprime deste modo: «O estado de shock é essencialmente constituido por um conjuncto de perturbações funccionaes, manifestando-se sobre a circulação e a respiração.

Essas perturbações são o producto de reflexos de origem peritoneal, que se pode determinar experimentalmente e registar.

Os reflexos circulatorios agem sobre a pressão arterial, sobre o coração e sobre o pulso.

De uma maneira constante, as irritações peritoneaes, em um animal anesthesiado, têm por effeito produzir uma queda de pressão, de retardar o coração e de enfraquecer as pulsações arteriaes.

Os reflexos respiratorios se revelam por uma acceleração dos movimentos da respiração, a qual se torna ao mesmo tempo irregular, superficial e arquejante.

Estes reflexos são modificados em sua moda-

lidade, em sua data de apparecimento e em sua intensidade, pelo estado do peritoneu.

Quando o peritoneu está são, os reflexos peritoneaes não apparecem durante os dez ou quinze primeiros minutos que se seguem á evisceração, qualquer que seja a intensidade das irritações que soffra a serosa.

Passado este periodo de indifferença, o peritoneu adquire, pouco a pouco, uma irritabilidade que vae augmentando continuamente.

Quando o peritoneu está inflammado, os reflexos surgem ao primeiro contacto peritoneal e são logo muito intensos.

Essas diversas perturbações funccionaes reflexas são independentes umas das outras; de tal modo que, por exemplo, as modificações da pressão podem se produzir sem perturbações respiratorias e vice-versa. Bem que tendo uma mesma origem, ellas não são, pois, subordinadas umas ás outras».

Finalmente, depois dos estudos criteriosos de Tixier, ficou bem demonstrado que o shock pode existir independente da hemorrhagia interna.

Em summa, o shock é um phenomeno de ordem reflexa, variavel com as susceptibilidades particulares de cada individuo; é muito pronunciado nas pessoas velhas e mais ainda nos alcoolistas.

Algumas vezes elle não se manifesta, apezar da existencia de graves lesões visceraes.

Este estado é, pois, muito inconstante, perturbador em suas manifestações, capaz de desviar o cirurgião a ponto de paralysar-lhe a acção.

Hemorrhagia.—A hemorrhagia, considerada pelos classicos como uma complicação das feridas do abdomen, nos parece, pela sua frequencia, dever ser estudada ao lado dos symptomas de que nos occupamos.

Da hemorrhagia externa nada diremos; ella tem sua origem nas feridas dos vasos das paredes e é facilmente diagnosticada pelo estudo topographico da região lesada.

O estudo do derramen intra-peritoneal é de muito mais valor; sua frequencia e gravidade não escaparam aos primeiros observadores e, desde Baudens, a hemorrhagia interna era considerada como uma indicação para a laparotomia.

A gravidade da hemorrhagia depende, não somente da natureza do orgão lesado, como tambem das condições physicas e physiologicas especiaes nas quaes ella se produz.

Mac Cormac, principalmente, muito insiste sobre os derramamentos sanguineos intra-peritoneaes e chama a attenção para a facilidade com a qual elles se produzem.

Nenhuma das causas que se oppoem ao derramamento das materias intestinaes, diz M. Cormac, pode conter o sangue nos vasos.

A pressão que se exerce em sua cavidade é mais consideravel do que a pressão intra-peritoneal.

A elasticidade dos vasos e as contracções do coração entretêm essa pressão e fazem persistir a hemorrhagia.

Parkes (1) procurou estudar a causa da persistencia da hemorrhagia, e suas experiencias realisadas em animaes vieram confirmar o que elle já havia visto nas necropsias.

Commummente, diz elle: «acham-se grandes derramamentos sanguineos produzidos pela abertura de uma arteriola, de uma veia do plexo ovarico, ou de qualquer outro vaso, cuja abertura não teria nenhuma importancia, si fosse em outro ponto. A que é devido esta persistencia da hemorrhagia? E' á flaccidez dos tecidos, á ausencia de pressão das partes circumvisinhas sobre os vasos, ou á do ar e de sua acção coagulante? O que pareceria fallar em favor desta ultima maneira de ver é a coagulação rapida, o retrahimento dos vasos e finalmente a parada

(1) Parkes—citado por Sait-Laurens–These de Paris. 1888.

da hemorrhagia desde que se abre a cavidade peritoneal».

O estado de shock que acompanha muitas veves as feridas intestinaes, produzindo a dilatação dos vasos mesentericos, pode contribuir para entreter a hemorrhagia.

Outros auctores procuram explicar a não coagulação do sangue pelo polido da serosa peritoneal e se exprimem deste modo: «quando se encontram coagulos, existe sempre uma lesão do epiploon; as malhas deste favorecem a formação de um coagulo insignificante que serve de nucleo á formação de outros mais volumosos, passando se ahi alguma causa de semelhante ao phenomeno de crystallização em chimica».

Sendo a hemorrhagia um signal de tanta gravidade e que ameaça tanto a vida do doente, possuimos dados sufficientes para affirmar ou negar sua existencia? Certamente não, a não ser que se verifique o escoamento sanguineo em grande abundancia e de um modo continuo pela ferida da parede.

O professor Reclus considera este escoamento como um signal muito pouco frequente, expiicavel pelas pequenas dimensões da ferida exterior, pelo estado da ferida cujas bordas contundidas e machucadas, nas feridas por armas de fogo, tornam o escoamento exterior muito

difficil ou quasi impossivel, compromettendo deste modo o diagnostico.

Quando é um vaso do mesenterio ou do epiploon, do intestino, do figado, do rim que se acha lesado, o sangue se escoará na cavidade peritoneal «sem seguir sempre uma marcha certa, mas obedecendo sobretudo ás leis da gravidade, ou seguindo um trajecto marcado pelas dobras do mesenterio» (1) Jalaguier.

O sangue obedecendo ás leis da gravidade, no decubito dorsal se accumula de preferencia nas gotteiras vertebraes.

Para se perceber a hemorrhagia nas fossas iliacas ou nos hypocondrios, ella deve ser consideravel, e é necessario que se colloque o paciente em posição favoravel ao accumulo do liquido hematico em um desses pontos.

Quando a lesão é de um vaso calibroso, a hemorrhagia é logo abundante, observando-se, então, todos os symptomas communs á hemorrhagia interna: hypothermia, suores, lypothymias, pulso pequeno etc; é assim que na maioria dos casos a hemorrhagia se manifesta e o cirurgião pode surprehendel-a, indicando a intervenção operatoria immediata.

Si são vasos menos calibrosos que se acham

---

(1) Duplay et Reclus — Traité de Chirurgie—1893 —vol. VI.

abertos, o escoamento se fará, pouco a pouco, mas de um modo continuo, até produzir a morte do doente, si o cirurgião não vem a tempo.

O doente da nossa observação III, recolhido ao serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes, apresentando todos os signaes geraes de uma hemorrhagia interna, nada nos revelou pelo estudo dos symptomas locaes, na occasião em que o examinamos, 36 horas depois do accidente.

Feita a laparotomia, mais de um litro de sangue foi encontrado no peritoneu, pela lesão de vasos mesentericos pouco calibrosos.

Essa observação é mais uma prova de que nas feridas do abdomen as nossas vistas devem se voltar sempre para as hemorrhagias internas, tão frequentes nesses ferimentos.

Para se fazer sustar uma hemorrhagia, não se deve mais contar com a compressão acolchoada, nem tão pouco com a hemostase espontanea, e nisso, todos os cirurgiões estão de accordo.

O unico tratamento das hemorrhagias internas é ir-se á procura dos vasos abertos e ligal-os.

Deve-se hoje fazer com as hemorrhagias da cavidade abdominal o mesmo que se faz com as das outras regiões, diz Chauvel.

Especialmente para as hemorrhagias do ventre, a compressão é illusoria.

Si, noutra qualquer região, onde sangre uma arteriola ou uma venula, este processo hemostasico, por si só, basta, na maioria dos casos, para fazer sustar a hemorrhagia, a qual pode cessar mesmo sem intervenção alguma, não acontece o mesmo na cavidade abdominal, onde a compressão não tira resultado e o escoamento sanguineo, mesmo de um vaso de tão insignificante calibre, pode augmentar, a ponto de tornar-se a causa da morte.

Logo, si o ferido apresenta os signaes de uma hemorrhagia interna, é preciso intervir immediatamente, abrindo o ventre para se ir á procura dos vasos lesados.

Neste ponto estão todos de accordo, mas a hemorrhagia pode existir sem que, entretanto, o ferido pareça estar em perigo immediato. O cirurgião que observa o doente nesse momento pode julgar a intervenção inutil; entretanto, o sangue continua a correr na cavidade abdominal, e quando o operador é chamado, duas, quatro, ou seis horas depois, encontra o ferido em um estado de fraqueza tal, que lhe não permitte mais intervir, receioso de não ter o paciente mais forças para supportar a operação. «Muito bom para ser operado», «nada mais ha a fazer»: taes são as respostas contradictorias dos mestres, quando são interrogados sobre o estado do ferido.

Quando a morte durante a operação é provavel, deve-se absolutamente abster de intervir, diz Chaput. (1)

Todo vaso que sangra deve ser ligado, e é impossivel saber si o ferido vae ou não morrer durante a operação, objecta Guinard. (2)

«Qual o cirurgião que ainda não teve a satisfação de ver sobreviver um operado que elle julgava dever succumbir em breves instantes, ou mesmo na propria meza do amphitheatro?»

Éstas palavras são cabalmente confirmadas pela seguinte observação de Guinard, publicada no Tratado de Cirurgia de Le Dentu et Delbet e que vae aqui textualmente transcripta:

«A 14 de Outubro de 1897 fui chamado a Bicêtre, como cirurgião de guarda, para ver um individuo que havia recebido, na região do figado, uma facada. Emquanto eu recebia o chamado, os internos vendo o doente declinar rapidamente sob suas vistas, chamam Marie que pratica sem me esperar a laparotomia, sob sua responsabilidade. Quando cheguei, a operação estava terminada, a larga ferida do figado havia sido suturada e não dava mais sangue. Não fiz mais do que applicar o appa-

(1)—Chaput—Soc. de Chir.—1895 p. 74.

(2)—Guinard—Traité de Chirurgie—Le Dentu et Delbet.

relho e praticar injecções sub-cutaneas de sôro artificial.

O doente curou-se, apezar do prognostico fatal que fizeram todos os assistentes».

Successos desta ordem são constantemente relatados por toda a imprensa medica.

Ha bem pouco tempo lemos com satisfação o resultado obtido por um illustre cirurgião paulista em um caso quasi analogo ao citado acima por Guinard. Era tambem uma ferida do figado e a intervenção foi quasi immediata. (1)

Não se pode contar com o escoamento de sangue pela ferida da parede abdominal para se intervir; deve-se sobretudo desconfiar da hemorrhagia causada pela ferida de um pequeno vaso, correndo pouco, mas continuamente.

Os *abstencionistas* dizem que a laparotomia aggrava o collapso.

Os *intervencionistas* respondem que o collapso não é produzido pela laparotomia, mas sim pela hemorrhagia.

O escoamento de sangue na cavidade peritoneal constitue a causa de morte mais frequente nas feridas penetrantes do abdomen.

Essas hemorrhagias são muito constantes e põem o ferido em um estado de depressão tal, que Coley e Stimson, como já vimos ao estu-

(1) Revista Médica de S. Paulo 1904.

darmos o shock abdominal, dizem que o shock não existe e que o estado descripto com este nome occulta sempre uma hemorrhagia profunda. Não se pode acceitar com tanto rigor esta opinião, depois dos estudos muito bem comprovados de L. Tixier, tambem já citados.

Si o shock existe, principalmente quando uma hemorrhagia se produz, não se pode absolutamente contar com esse estado para affirmar a existencia de uma hemorrhagia intra-peritoneal.

Procuremos agora pelo estudo do pulso e da temperatura ver si podemos tirar indicações mais uteis.

A hypothermia, 36°, 36°,5, é muitas vezes observada, pouco depois do accidente, podendo, porem, estar sob a dependencia do shock ou da hemorrhagia interna.

Geralmente, o thermometro sobe gradualmente com o correr das horas, quando se trata do shock; fica estacionario, ou baixa, si a hemorrhagia é a causa.

Quando se vê o doente algumas horas depois do traumatismo, a ascensão thermica traduz quasi sempre o primeiro gráo de uma infecção que o ameaça.

Os caracteres do pulso não devem ser considerados como signaes de grande valor: ora é

normal, cheio, forte, batendo 70 vezes por minuto, mesmo durante a hemorrhagia abundante; ora fraco, fino, depressivel, frequente, traduzindo simplesmente o estado de shock.

A tensão arterial nem sempre nos faz optar por um ou por outro diagnostico, porque pode haver hypotensão, não só no caso de hemorrhagia, como tambem no de shock.

Deante do que acabamos de expor e de accordo com a maioria dos mestres aos quaes consultamos, a hemorrhagia intra-peritoneal, constituindo uma excellente indicação para a laparotomia, pode não se revelar por signaes claros e confundir-se com o shock, puramente nervoso, que constitue uma contra-indicação á intervenção cirurgica.

Dor.—Não devemos esperar encontrar neste symptoma uma indicação bem precisa e que possa ser considerada um signal de penetração e de lesão do intestino.

A dôr immediata, espontanea ou provocada pela pressão em uma zona vizinha ao traumatismo, é um symptoma constante, mas que não merece nenhuma significação, no ponto de vista da existencia de uma lesão profunda; ella é mais constante nas feridas produzidas por projectis de arma de fogo; entretanto, os pequenos projectis nem sempre a occasionam, como

muito bem nos mostra o caso observado por Verneuil (1): tres rapazes brincavam com um revolver, accidentalmente a arma detona, elles se espantam, e, passados os primeiros momentos, perguntam onde havia se cravado a bala? Achava-se alojada no abdomen de um delles.

Guinard narra um outro caso, inteiramente analogo, passado com um dos seus camaradas.

Numerosos são os feridos que, ao dizer de Mendy (2), experimentam dores intensissimas com uma lesão abdominal sem importancia, ao contrario de outros, de uma sensibilidade embotada, que nenhuma dôr accusam, apezar de serem portadores de ferimentos tão graves que quasi sempre lhes causam a morte.

De muito valor tambem para o diagnostico é a hyperesthesia cutanea que, em varias circumstancias, sóe manifestar-se devendo ser estudada com attenção, por exprimir uma irritação peritoneal, devido a uma collecção sanguinea. Este phenomeno, muito bem estudado por Delorme, é o resultado da irritação dos nervos que innervam o peritoneu e que vêm se distribuir, em

(1) Verneuil—citado por Saint-Laurens—These de Paris de 1888.

(2)—Henry Mendy—L'Espectation Armée dans les contusions de l'abdomen—These de Paris de 1896.

grande numero de filetes na pelle da parede abdominal.

O phenomeno é muito pronunciado e occupa uma larga zona do abdomen, sendo, para Le Dentu, de grande importancia, em que pese á opinião de outros autores que não o consideram de valor.

A dôr é, portanto, um symptoma constante, mas de pouca importancia; ella varia tambem com o temperamento do individuo e é muito mais intensa nos nervosos, sobretudo nos hystericos.

Perturbações para o lado do apparelho digestivo. Vomitos.—O estudo dos vomitos pouco nos esclarecerá o diagnostico. As mais das vezes elles não se manifestam, durante as primeiras horas que se seguem ao accidente.

Os vomitos alimentares que se observam immediatamente depois do traumatismo não têm nenhuma significação, especialmente estando o estomago no estado de repleção; são communs em certas feridas não penetrantes, nas feridas penetrantes simples e nas feridas acompanhadas de lesões visceraes.

Os vomitos persistentes, e que têm grande valor diagnostico, são quasi sempre tardios e marcam já o começo da peritonite traumatica.

Podem ser biliosos, alimentares ou fecaloides.

A hematemese e a enterorrhagia têm um valor semeiologico de primeira ordem, mas são signaes que faltam muitas vezes, ou quasi sempre, especialmente o primeiro, apezar da existencia de lesões traumaticas do tubo digestivo.

Lüke observou a hematemese 9 vezes em 25 casos de feridas do estomago. Vulliet, citado por Jalaguier, em 114 observações de feridas por armas brancas, havendo 13 casos de lesões do estomago, somente uma vez encontrou a hematemese, e em 83 casos de feridas por armas de fogo, apenas 10 vezes observou este symptoma; elle narra tambem um caso de hematemese sem lesão do estomago.

Pode-se encontrar durante as laparotomias uma dobra do intestino lesada, cheia de sangue coagulado, tendo alguns centimetros de extensão, sem que se revelasse ao exterior por nenhum signal.

Este phenomeno dá-se geralmente quando as lesões são da parte mais elevada do tubo digestivo.

A ausencia da hematemese e da enterorrhagia, portanto, não têm grande significação. A falta destes signaes não quer dizer que o intestino e o estomago estejam integros.

Symptomas locaes.—Os symptomas locaes são tambem vagos e incertos; não têm um valor real que determine a existencia de lesões das visceras, senão em casos especiaes.

Exame da ferida. — Quando o instrumento vulnerante é uma arma branca, a direcção e o comprimento desta, comparados á espessura da parede abdominal, permittem muitas vezes julgar si ha ou não penetração na cavidade peritoneal.

Raramente, porem, pode o cirurgião dispor de todos esses dados que servirão tanto para esclarecer o diagnostico de penetração.

Com os projectis é preciso levar em conta a força de penetração de que se achava possuida a bala, a maneira por que ella attingiu a parede abdominal, a espessura das vestes, a distancia, a posição occupada pelo individuo no momento do accidente, todas as causas emfim que podem modificar os ferimentos produzidos por arma de fogo.

O orificio de entrada e o de sahida, quando este ultimo existe, deverão ser examinados com o maior cuidado, assim como a relação que os une. Deve-se ter em mente que os projectis podem contornar as paredes do abdomen e sahir em um ponto diametralmente opposto.

Este exame torna-se ainda mais difficil e

duvidoso nas feridas do dorso, pela maior espessura da parede abdominal nesta região.

Emphysema.—O emphysema precoce das bordas da ferida e da região vizinha não indica forçosamente uma perfuração do intestino. Elle pode existir nas feridas penetrantes simples e até mesmo nas feridas não penetrantes. Senn diz ter visto um caso de emphysema subcutaneo muito extenso, ao longo do trajecto de uma bala que não tinha penetrado no ventre. Nós mesmo, na clinica do Professor Pacheco Mendes, tivemos tambem occasião de ver uma ferida da parede abdominal acompanhada de emphysema, entretanto, este signal não mereceu muita importancia, visto o paciente ser portador de um ferimento do pulmão. Havia, pois, duvida sobre si o emphysema, que se fazia notar, não só no thorax como no abdomen, provinha do ferimento daquella região e se propagava ao desta, ou si era proveniente de ambos, o que acreditamos ter sido, no caso vertente, tendo havido fusão de um com o outro, depois da propagação, a qual, na região abdominal, vinha até muito abaixo da séde da lesão.

Sahida de gazes e de materias intestinaes pela ferida exterior.—São symptomas claros de lesões do intestino e que indicam a

intervenção immediata. Ninguem o contradiz. Mas este phenomeno é relativamente raro, sobretudo nas feridas penetrantes por armas de fogo, cujas bordas contundidas não permittem facilmente a passagem de gazes e sobretudo de materias intestinaes.

Para que a sahida dos gazes se produza pelo ponto de penetração de uma bala de revolver de pequeno calibre, é preciso que, durante o transporte do ferido, não se produzam grandes movimentos e que portanto o intestino não seja deslocado.

A sahida de gazes e materias pela ferida exige condições particulares para ser possivel. E' preciso, por exemplo, que as adherencias estabeleçam um contacto immediato da ferida do intestino com a da parede.

Estas adherencias que, segundo os *abstencionistas*, se podem formar rapidamente, servem muito para proteger a cavidade abdominal contra o derramamento do conteudo intestinal.

Isto implica em dizer que deve ser absolutamente contraindicada a exploração da ferida por meio de sondas e estyletes, como faziam até bem pouco tempo os cirurgiões. Podemos mesmo dizer que a sahida de gazes e materias fecaes pela ferida exterior era quasi sempre um phenomeno provocado pela exploração.

Nem sempre a sahida de gazes e materias intestinaes se dá, apezar da existencia de feridas visceraes. Nas autopsias feitas em individuos mortos de feridas perfurantes do intestino, têm os cirurgiões muitas vezes encontrado uma peritonite violenta, produzindo o maximo das lesões na vizinhança de uma perfuração do intestino, sem que, entretanto, a presença de materias intestinaes tenha sido verificada na cavidade peritoneal.

Esses estudos vêm nos demonstrar que os pequenos férimentos do intestino, mesmo sem produzirem derramamentos apreciaveis, podem dar origem a peritonites muito serias e que vêm quasi sempre comprometter a vida do doente.

Deduz-se muito bem do que expomos que o derramamento de gazes e materias fecaes, não se produzindo em todos os casos de feridas perfurantes, a exploração com a sonda e o estylete pode, em uns casos, ser inteiramente negativa, mas em outros, produzir ou apressar o derramamento que ainda não se tinha produzido, ou mesmo não se produziria.

Esta pratica da exploração deve, portanto, ser uma vez por todas condemnada.

Lüke, diz Jalaguier, em 110 casos de feridas do intestino, verificou apenas 4 em que havia escoamento de materias pela ferida da parede do ventre.

Ninguem pode contestar o valor deste signal; quando elle existe a perfuração intestinal é evidente.

Contractura da parede abdominal.—Este symptoma apparece rapidamente depois do traumatismo. Não se deve confundir esta contractura generalisada, dando a parede abdominal uma rigidez total, com a contractura localisada que se observa, quando se explora a região ferida. Guinard, dando grande valor a este signal, exprime-se deste modo no Congresso de Cirurgia de 1896: «Ao lado da sonoridade tympanica prehepatica, um dos symptomas mais importantes, em caso de ferida do abdomen, é a contractura dos musculos abdominaes, que impede toda exploração manual profunda; os doentes têm *o ventre de madeira*, antes retrahido do que abahulado».

Depois de Guinard, ainda Hartman insiste sobre o valor deste phenomeno; elle aconselha procural-o com methodo, evitando-se assim confundil-o com a simples contracção muscular devida á exploração.

Si fosse como querem esses auctores, o diagnostico seria relativamente facil e os casos duvidosos diminuiriam muito.

«Infelizmente, diz Delorme, os feridos podem

ter o ventre não retrahido, extremamente flexivel, como em alguns casos operados por mim, e a perfuração existir».

Terminando a descripção dos principaes symptomas, passemos ao estudo do processo de Senn e da exploração da ferida.

Processo de Senn. — Não devemos deixar passar em silencio o processo do grande cirurgião americano, que, sem ser infallivel, foi empregado com o fim de affirmar, em casos duvidosos, a existencia ou ausencia de perfurações do tubo gastro-intestinal.

Senn, em 1890, apresentou ao Congresso de Berlim o seu methodo de exploração, julgando ter triumphado e desvendado o segredo das feridas penetrantes do intestino.

Este processo consiste na insufflação de gaz hydrogenio no tubo digestivo, quer pelo recto, para as feridas que se suppõe sejam de qualquer porção do intestino, quer pela bocca, para as perfurações presumiveis do estomago.

Para estabelecer a possibilidade de pelo recto insufflar hydrogenio até o intestino, instituiu Senn, em cães, uma serie de experiencias para assegurar da permeabilidade da valvula ileo-cecal. Fez, a principio, injecções liquidas, depois gazozas.

Com as injecções liquidas demonstrou a pos-

sibilidade de se transpor a valvula ileo-cecal, mas somente depois da producção de rupturas na tunica serosa do intestino grosso.

Com as injecções gazosas, ao contrario, chegou a resultados satisfactorios, sem nenhum accidente.

Applicou então Senn seu processo de injecções gazosas ao homem e obteve resultados, muito felizes, insufflando no recto lenta e gradualmente, com um balão de cautchu, quinze litros de gaz hydrogenio, sob pequena pressão.

No caso em que havia ferida do intestino, o gaz se escapava pelo orificio da parede abdominal, onde se podia inflammal-o; ou então, a distensão uniforme do abdomen e o desapparecimento da matidez hepatica, em summa, a tympanite artificial, mostravam que o gaz estava em liberdade na cavidade peritoneal e que uma ou varias perfurações podiam existir.

Si o apparelho gastro-intestinal se achava perfurado acima da valvula ileo-cecal, via-se em primeiro logar o intestino grosso se dilatar todo pelo accumulo de gazes, e depois, num momento dado, a valvula ceder, dando passagem aos gazes para o intestino delgado. Produzia-se, então, o phenomeno do *gargarejo.*

Quando não havia perfurações, Senn notava que as dobras intestinaes se dilatavam, uma por

uma. O figado era recalcado para cima e isso revelava o exame do orgão pela percussão.

O auctor verificou tambem que os gazes podiam deixar de se escapar pelas pequenas perfurações, susceptiveis de curar-se espontaneamente, e através das quaes o conteudo do intestino, liquido ou gazoso, não podia atravessar.

Seu processo, rejeitado por alguns cirurgiões partidarios da intervenção precoce, como meio de diagnostico, foi acceito por muitos outros, como elemento para contraprovar, durante a laparotomia, si todas as perfurações haviam sido suturadas.

A insufflação rectal teve pequena duração e foi completamente abandonada, porque não fornecia um elemento infallivel para o diagnostico das perfurações do intestino.

De um outro lado, o cirurgião, confiando muito nesse meio de diagnostico, descuidava-se de outras lesões variadas, muitas vezes tão perigosas quanto as proprias perfurações do intestino. As feridas do figado, do baço, as hemorrhagias e as lesões dos outros orgãos passavam despercebidas.

Outras objecções feitas ao methodo de Senn fôram as seguintes: 1.° Este methodo não é pratico: não se têm sempre á mão 15 litros de hydrogenio. 2.° Complica bastante a technica

da intervenção, já por si muito longa, porque o doente deve ser anesthesiado antes de ser insufflado. 3.° E' perigoso: pode produzir uma ruptura do intestino, quando demasiadamente distendido, pode favorecer a sahida de materias fecaes no peritoneu, apezar de dizer o auctor, que o gaz, sendo muito leve, procura se escapar pela borda livre do intestino, emquanto as materias ficam retidas pelo seu proprio peso, ao longo da borda mesenterica. Entretanto, si o ferimento é nesta borda, muito difficilmente se pode admittir que o gaz se escape sem o derramamento de materias fecaes. 4.° Este methodo é inconstante e nem sempre dá noções precisas sobre o estado do intestino, ou então outras visceras podem apresentar lesões taes que necessitem de uma intervenção urgente.

Finalmente este methodo está hoje completamente abandonado.

Exploração da ferida.—Até bem poucos annos o melhor signal de penetração era fornecido pela exploração feita com a sonda ou com o estylete abotoado.

Com os progressos da antisepsia e o conhecimento exacto das causas das infecções, esses processos foram inteiramente proscriptos, sendo outros imaginados para substituil-os.

Gulotta, de Napoles, ao em vez da sonda, em-

pregava o bastão de vidro, com o qual diz ter sempre obtido os melhores resultados.

Lejars, condemnando todos esses meios de diagnostico, acha que a unica exploração racional é a que se pode realizar por meio do bisturi e dos afastadores, augmentando a ferida de entrada e abrindo prudentemente os tecidos da parede abdominal, com todos os cuidados antisepticos, camada por camada, até se poder examinar em plena luz as partes profundas.

O instrumento fere muitas vezes os tecidos obliquamente, produzindo uma especie de tunnel, cuja terminação não se torna accessivel, sinão depois de um largo desbridamento.

Si, pois, o peritoneu parietal e o fascia-propria, bem expostos, se conservam illesos, si não estão distendidos e negros, si o sangue não continua a escoar e si tudo está de accordo com os outros dados colhidos, pode-se concluir que não se trata de uma ferida penetrante e, neste caso, deve o cirurgião desinfectar perfeitamente o foco parietal e por uma serie de suturas reconstruir os planos musculo-aponevroticos, terminando por suturar a pelle e applicar o apparelho conveniente.

Procedendo assim, diz Lejars, pode-se não só fazer o diagnostico de penetração, mas tambem prevenir as complicações septicas e a

hernia da parede, tão frequente nos ferimentos de que nos occupamos.

A ferida sendo reconhecida penetrante existirão sempre lesões das visceras, ou feridas vasculares, podendo produzir a morte?

Esse ponto do diagnostico é muito mais delicado, e como já acabamos de ver, os symptomas apresentados pelos classicos são muito duvidosos e falliveis.

Nos casos de lesões produzidas por projectis de arma de fogo, as feridas perfurantes simples são muito raras e, para muitos cirurgiões, a penetração de uma bala no ventre equivale a uma ou varias lesões visceraes.

Malgaine, citado por Jalaguier, negava a existencia das feridas penetrantes simples sem lesões visceraes. Mas todos os cirurgiões não são do mesmo modo de pensar; assim Senn diz que, em 6 casos observados por elle, 2 tinham feridas penetrantes simples. Em 14 experiencias cadavericas obteve elle 4 vezes ferimentos sem nenhuma lesão visceral.

Otis, em 3417 feridas penetrantes, encontrou apenas 32 vezes a ausencia de lesões das visceras.

Berk, em 73 feridas da mesma natureza, verificou que apenas 5 não se acompanhavam de lesões dos orgãos abdominaes.

Reclus e Nogués, em suas experiencias, verificaram em 38 cadaveres de individuos victimados por ferimentos do abdomen, 37 apresentando lesões da porção sub-diaphragmatica do apparelho digestivo: estomago, intestino delgado e grosso intestino. Em um unico caso, a bala atravessou a cavidade abdominal e ficou no meio das visceras sem attingir o intestino, produzindo, entretanto, a lesão da veia iliaca primitiva esquerda, donde elles concluiram: uma perfuração intestinal é o corollario obrigatorio de uma ferida penetrante do abdomen.

Delorme, Chavasse e Legouest chegaram a resultados analogos.

Para Trelat e a maior parte dos cirurgiões, ferida penetrante do abdomen e perfuração intestinal são synonymos.

Senn pensa que uma bala atravessando o abdomen directamente, de deante para traz, expõe menos ás lesões visceraes do que quando o trajecto é obliquo ou transverso, e que as feridas do abdomen acima do umbigo produzem menos vezes perfurações; mas de outro lado, as feridas cuja séde é acima do umbigo, accarretam muitas vezes uma lesão do figado, dos rins ou do baço, necessitando a laparotomia por hemorrhagia.

O prognostico das feridas penetrantes simples

não é tão grave quanto o das feridas que se acompanham de lesões visceraes; entretanto a mortalidade é de 33 a 40%, em media, segundo os principaes auctores aos quaes consultamos.

O perigo desses ferimentos provem da hemorrhagia e da peritonite.

Para resumir, diremos que, de accordo com os cirurgiões modernos, a grande maioria das feridas penetrantes do abdomen se acompanham de lesões variadas dos orgãos contidos na cavidade abdominal; que, por consequencia, o signal — penetração do abdomen, fornece indicação para a laparotomia.

Que devemos concluir dos symptomas que estudamos? Que a maior parte são falliveis, que alguns podem auxiliar o diagnostico, quando existem, que todos são muito inconstantes e que somente o escoamento de fezes pela ferida ou o escapamento de gazes são signaes pathognomonicos de lesões do intestino.

Dada a fallibilidade da maior parte desses symptomas, como expressão de uma lesão visceral, reconhecido o facto de poder haver um orgão abdominal lesado, sem se revelar exteriormente, nas primeiras horas que se seguem ao accidente, por nenhum dos symptomas estudados, podemos terminar este capitulo dizendo que a

cirurgião não se deve fiar muito na symptomatologia, nem tão pouco esperar que ella se desenhe clara a seus olhos para então se decidir a uma intervenção tardia, quiçá inutil.

Deixando que o acaso lhe indique o que deva fazer, põe o cirurgião muitas vezes em perigo uma parte que tem como penhor a vida do doente.

CAPITULO III

Tratamento

As imperfeições lamentaveis do diagnostico e do prognostico das feridas penetrantes do abdomen, si não dispomos de meios para fazel-as desapparecer, reflectem sobre a therapeutica, tornando-a incerta e duvidosa.

Não raras vezes o cirurgião é obrigado a confessar sua fraqueza e proclamar o fallimento da clinica, segundo a expressão de Chaput.

Como proceder, então, ao vermos um ferido nas primeiras horas que se seguem aos traumatismos, antes do apparecimento dos symptomas claros da infecção e sem termos signal algum que nos revele lesões dos orgãos intraperitoneaes?

Fazer em todos a laparotomia, seria submetter os doentes a uma operação inutil, desde que não haja lesões dos orgãos internos,—dizem os *abstencionistas*.

De um outro lado, respondem os *intervencionistas*: esperar os symptomas claros de lesões visceraes, seria pôr em risco a vida do doente e deixar passar o momento opportuno de empregar um tratamento racional e efficaz.

E' preferivel abrir um ventre sem nelle encontrar lesões internas do que commetter uma unica vez a falta de não fazer a operação existindo lesões dos orgãos. Tal era a resposta que dava Walssilief aos cirurgiões que consideravam a laparotomia inutil pelo facto de não haver lesão das visceras.

A verdade, diz Nelaton, é que na pratica, quando sôa a hora dos symptomas, é quasi sempre muito tarde para intervir com segurança. A laparotomia se impõe como a unica intervenção tutelar. Qualquer que seja a natureza das lesões, a laparotomia precoce é, em todos os casos, sempre preferivel á laparotomia que tentamos fazer depois, na epocha dos symptomas evidentes, isto é, muito tarde.

Terrier, Chauvel, Quenu, Championière, Forgue, Poncet, Bouilly e muitos outros cirurgiões demonstram que o bom exito depende somente da precocidade da intervenção e que esta deve substituir a expectação.

As estatisticas ahi estão para confirmar a opinião desses illustres cirurgiões.

Sieur (1) nos mostra em suas publicações estatisticas onde figura a mortalidade como sendo de 20%, antes do começo da peritonite, e subindo a 47% si a infecção peritoneal já existe no momento da operação.

Gachon (2) é mais radical; para elle a mortalidade de 97% desce a 20%, graças á intervenção precoce.

Actualmente, como bem diz Pacheco Mendes (3), ella acha-se reduzida á porcentagem das outras operações abdominaes.

Em começo, os resultados da incisão abdominal, seguida da sutura do intestino, não eram muito animadores; entretanto, hoje, com os grandes progressos da antisepsia e asepsia, a simplificação das suturas, o apparecimento dos botões anastomoticos, vemos que a mortalidade produzida pelas feridas do abdomen, tratadas pela intervenção, baixa á medida que nos approximamos da epocha actual.

Esta verdade é muito bem demonstrada, em longa e criteriosa estatistica publicada pelo

---

(1)—Archives de medecine et de pharmacie militaire—1899.

(2)—Jean B. Gachon—These de Paris—1895.

(3)—Pacheco Mendes—Etudes de Clinique Chirurgical—1901

Dr. Dambrin (1) em sua these de doutoramento.

Lejars, Guinard e Chaput, pronunciando-se em favor da intervenção, dizem que em caso de ferida abdominal, datando de algumas horas, é preciso fazer-se a laparotomia todas as vezes que ha duvida, mesmo ligeira, sobre a integridade do intestino. A expectação é perigosa e fornece uma mortalidade de 60 a 70 %. A laparotomia precoce e bem executada é racional e benigna.

A simples lesão do peritoneu constitue para alguns uma indicação para a laparotomia.

Não somos do numero dos que pensam que se pode introduzir a mão no peritoneu como se fôra nos bolsos, mas, uma vez verificada a penetração por qualquer dos processos estudados, nos declaramos partidarios da intervenção, tão precoce quanto possivel, em todos os casos em que as circumstancias nos fizerem ver a possibilidade da existencia de lesões visceraes, casos em que a laparotomia tirará todas as duvidas.

Feita em um meio apropriado, cercada de uma antisepsia rigorosa e executada por pessoal competente, a laparotomia deve ser con-

---

(1)—Camille Dambrin—These de Paris de—1903 n. 480.

siderada uma operação benigna e unico meio therapeutico capaz de beneficiar o doente.

Em resumo, a pratica que acabamos de expor nos parece sabia e recommendavel, quando nos achamos em presença de individuos portadores de feridas penetrantes do abdomen produzidas por balas de um certo calibre, dotadas de uma força consideravel de penetração, ou então, quando nos virmos deante de um individuo que tenha sido ferido por uma arma branca de certa largura, capaz de produzir desordens muito serias nos orgãos intra-abdominaes.

Não se deve, porem, abrir o ventre de um individuo que acaba de ser ferido por um instrumento muito fino e aguçado, ou que recebeu uma bala de revolver, desses revolveres que nunca matam, por causa do seu pequeno calibre ou de sua fraca força de penetração. Esses casos são evidentemente curaveis somente pelas forças da natureza.

Mas, todas as vezes que a arma branca fôr capaz de fazer uma ferida larga, todas as vezes que a bala for de grosso calibre e dotada de grande velocidade, é preciso intervir.

Os *intervencionístas* dizem que, com os progressos da antisépsia, a laparotomia é uma operação innocente e não aggrava em nada o pro-

gnostico. Terrier já proclamou, deante da Sociedade de cirurgia, que toda gravidade das feridas do abdomen vem da lesão das visceras e que a laparotomia nada augmenta.

Ao ardente enthusiasmo de Terrier, Reclus e Nogués respondem:

Eis uma opinião que não podemos acceitar. Certamente, a simples abertura do ventre por uma incisão mediana é, sem duvida, para um cirurgião aseptico, uma intervenção sem gravidade sendo hoje, a mortalidade reduzida quasi a zero. Mas, dista muito desta laparotomia exploradora, de uma duração de alguns minutos, a operação longa, difficil e perigosa, que tem por fim procurar as feridas do intestino e sutural-as si ellas existem.

As idéas desses cirurgiões não resistiram á evidencia dos factos e é o proprio Reclus, conservador por excellencia, que vem ao Congresso de Cirurgia de 1896 e declara: depois de ter sido abstencionista deante das feridas penetrantes do abdomen e das contusões, mudei completamente de opinião e declaro-me hoje, como Michaux, não pela botoeira exploradora, mas pela larga laparotomia.

Uma tal opinião, tão claramente emittida pelo Professor Reclus, é o melhor argumento que se pode invocar em favor da intervenção precoce.

Vicente de Lião regeita a laparotomia precoce pelo facto de poderem existir muitas lesões e não serem todas suturadas; diz mais que adherencias peritoneaes podem se estabelecer capazes de impedir a sahida dos liquidos intestinaes.

Sim, diz Chauvel (1), é raro que o intestino tenha sido tocado em um só ponto e é habitual acharem-se quatro, cinco perfurações e mais ainda; acontece aos mais habeis deixar escapar um orificio e seus operados têm pago este tributo com a morte. Mas, si deixaes todas as perfurações do intestino abertas e largamente abertas, si não procuraes mesmo ligar a arteria lesada, julgaes, pois, verdadeiramente, que vosso ferido tem mais probabilidade de cura e que tivesseis feito todo possivel para salval-o?

Qual, a autopsia nos mostra que esta perfuração é a causa dos accidentes mortaes, e vós nos aconselhaes a deixar, dez perfurações abertas?

Para nos abster devemos estar seguros de que não ha nenhuma perfuração, mas esta certeza não podemos ter.

A difficuldade, diz Verick, está, não em escolher os casos que exigem a operação, mas em saber, quando se deve abster.

E' preciso, pois, intervir, mas a conducta a seguir varia quando o ferido é visto nas doze

---

(1) Chauvel — Congrés de Chirurgie 1888

primeiras horas ou em uma epocha mais afastada do momento do accidente.

O ferido é visto nas doze primeiras horas.— Existe neste momento contraindicação da laparotomia?

Os phenomenos de shock com hypothermia põem o doente em condições desastrosas, mas deve-se desconfiar muito da hypothermia de origem hemorrhagica.

Todas ás vezes que o thermometro está abaixo de 37.° é preciso esperar, dizem os auctores.

Já, ao estudarmos a symptomatologia, insistimos sobre as relações do shock, da hemorrhagia interna; poder-se-á favorecer a reacção geral do ferido por meio de injecções subcutaneas de sôro, cafeina, ether etc, e si, apezar disso, a temperatura conservar-se baixa, só se intervirá, quando o diagnostico de hemorrhagia interna for feito.

O ferido é visto tardiamente.—Quando o ferido é visto tardiamente, isto é, doze, vinte quatro, ou trinta e seis horas depois do accidente, sem o menor signal de reacção peritoneal não se deve absolutamente operar.

Sendo-se chamado depois das quatro ou cinco primeiras horas, as lesões, quando existem, têm tido tempo de se manifestar por qualquer signal apreciavel ou, pelo menos, por algum esboço

de symptoma, que um exame clinico minucioso deve descobrir Guinard (1).

Esta é a regra geral, mas Sckwartz (2) nos fala de um caso onde a peritonite se evolveu sem symptomas.

Tratava-se de úm homem portador de uma ferida penetrante do flanco direito produzida por arma de fogo, e que durante as 48 primeiras horas não apresentava o menor symptoma, mas que, entretanto, pela necropsia, se encontraram seis perfurações intestinaes. Esta observação constitue uma verdadeira excepção e é relatada por quasi todos os auctores que se occupam desse assumpto.

Deante de um individuo que já apresenta os symptomas claros da peritonite, como devemos proceder?

Até bem poucos annos o apparecimento desses symptomas era a indicação capital para a laparotomia.

Hoje já muitos auctores recuam deante da gravidade de uma operação feita nessas condições e dizem que se deve abster.

No Congresso allemão de cirurgia esta opi-

---

(1) Traité de Chirurgie—Le Dentu et Delbet—pag. 402.

(2) Schwartz. Soc. de chir 1895.

nião foi sustentada pelo Professor Sckjernig que dizia: ou as lesões são muito adeantadas e o doente morrerá, apezar da operação, ou então o processo é limitado e se arrisca fazer a obra da natureza.

Esta questão tem sido tambem apresentada nos ultimos Congressos de Cirurgia de Paris e a maioria dos cirurgiões conservam suas idéas intervencionistas.

As estatisticas apresentadas por Lawson Tait, Vautrin, Sieur, Petry e Veilliet (1) demonstram que, mesmo nos casos de peritonite aguda, se deve intervir; resta ainda ao doente uma probabilidade de cura: é a laparotomia rapida.

A technica operatoria soffrerá algumas modificações.

Technica da laparotomia.—Cuidados preliminares.—Resolvida a intervenção, os cuidados pre-operatorios devem ser os mesmos que os empregados nas outras operações do abdomen, com pequenas modificações applicaveis a cada caso clinico e ás condições do meio.

Não temos, portanto, em vista expôr todos os preparativos da operação até o momento em que o cirurgião pega do bisturi para intervir. Estas particularidades são actualmente muito

---

(1) Congrés de Cirurgie de Paris—de 1897 p. 99.

bem conhecidas da cirurgia corrente e dellas, portanto, não nos occuparemos.

Apenas procuraremos lembrar as principaes precauções que devem ser tomadas, nos casos particulares de feridas penetrantes.

Todas as vezes que a cavidade peritoneal tem de ficar por muito tempo aberta e que é necessario manter, por alguns minutos, o intestino fora do ventre, é indispensavel operar em uma temperatura elevada. O resfriamento é uma causa bem conhecida do shock abdominal.

A temperatura da sala deverá, pois, ser mantida em 25°. pelo menos.

Entre nós é esta mais ou menos a temperatura media do ambiente; devemos, porem, evitar as correntes de ar frio.

Tachier preconisa uma temperatura elevada e humida.

Evitar-se-ão deste modo os phenomenos de vaso-dilatação.

O material cirurgico não precisa ser muito complicado.

Quanto á mesa o typo melhor é o que se presta a collocar o ferido na posição de Trendelemburgo; pouco nos importando o nome do fabricante ou as minudencias de sua construcção.

Numerosas são as vantagens dessa posição inclinada em que fica o doente, todas as vezes

que se tem de explorar a cavidade abdominal.

Seu principal fim é evitar a evisceração todas as vezes que é possivel.

Os instrumentos, as compressas, os fios, as esponjas e todos os objectos de pensos que forem utilisados durante a operação deverão ser preparados com o maior cuidado.

Preparo do doente.—A asepsia do abdomen será feita com um cuidado particular, porque no caso de ser preciso fazer-se a evisceração, os intestinos só devem se pôr em contacto com superficies cuidadosamente asepticas.

Deve-se, portanto, fazer a asepsia, não somente de toda parede abdominal anterior, mas tambem dos flancos, das coxas e finalmente, de todas as partes com as quaes as dobras intestinaes possam ficar em contacto.

Quando a asepsia é praticada na propria mesa de operações, as diversas lavagens necessarias para tal fim devem ser feitas com liquidos quentes.

Os membros inferiores e a parte superior do corpo do paciente serão envolvidos em flanela e pannos aquecidos; toda região do abdomen, do appendice xyphoide ao pubis, previamente bem asseada, pela raspagem dos pellos, sabão, agua e escova, será banhada com ether ou alcool e, finalmente, lavada com uma solução de

sublimado ao millesimo, ou mesmo mais concentrada.

Terminado este preparo, o abdomen será coberto por duas grandes compressas de gaze asepticas, presas em suas extremidades por meio de pinças, ficando a descoberto a porção da linha que tem de ser incisada depois de feita a anesthesia.

Da anesthesia.—Todos os auctores consideram a anesthesia como uma causa de enfraquecimento para o doente que tem de supportar reflexos peritoneaes muito intensos.

Diminuindo a força de resistencia do individuo, o menor reflexo de origem abdominal pode tornar-se de uma extrema gravidade, nas eviscerações prolongadas.

Assim, todas as vezes que tivermos de operar um individuo em imminencia de collapso, devemos vigiar cuidadosamente a anesthesia.

A evisceração deverá ser evitada todas as vezes que fôr possivel.

O pulso e a respiração deverão ser observados com o maior cuidado toda vez que se pratica a evisceração; ao menor signal de alarma, a anesthesia deverá ser suspensa.

Muitos cirurgiões não esperam o apparecimento desses signaes precursores e suspendem-na, quando têm de praticar a evisceração.

A anesthesia feita com o ether tem uma acção depressivel menos pronunciada sobre o systema nervoso, segundo dizem os physiologistas.

Este anesthesico deve portanto ser preferido ao chloroformio.

Incísão.--Onde se deve praticar a incisão, uma vez anesthesiado o ferido?

Está universalmente acceito que todas as vezes que se quer fazer uma exploração completa da cavidade abdominal, é indispensavel praticar a incisão da parede do ventre na linha mediana; entretanto, tratando-se dos ferimentos do abdomen ainda divergem os mestres.

Uns querem a laparotomia mediana, outros a laparotomia lateral, feita no ponto ferido. Si nos ferimentos por armas brancas esta pode ter algumas indicações, nas feridas por arma de fogo será sempre preferivel recorrer-se áquella.

As objecções que podemos apresentar á incisão lateral são as seguintes: ella não deixa ver claramente os orgãos intra-abdominaes; difficilmente se deixam afastar as bordas da ferida, sobretudo, existindo contractura; a sutura da parede offerece sempre difficuldades: o labio externo da incisão se contrae em sentido inverso, pela tonicidade dos musculos obliquos e transverso, tornando desse modo a sutura muito demorada. Eis ahi um embaraço serio, pois um

ponto capital em materia de cirurgia abdominal é realisar-se rapidamente a operação sem com isso comprometter a segurança do resultado.

Emfim, Rochard e Kirmisson acham que a laparotomia lateral expõe á eventração.

Assmy, depois de grande numero de experiencias feitas em animaes, dá a explicação seguinte: « a incisão passando pelas bordas externas dos musculos rectos secciona os filetes nervosos vindos dos 8.° e 12.° nervos intercostaes, a parte muscular comprehendida entre a incisão lateral e a linha alva privada de innervação e de nutrição, não tarda a soffrer perturbações trophicas que se traduzem por uma flaccidez exagerada dos tecidos.

Pensamos, pois, com Championnière, Bouilly, Terrier e Pozzi que é a incisão mediana que se deve preferir.

Está fóra de duvida que a laparotomia mediana, com uma vasta incisão, indo do appendice xiphoide ao pubis, é a unica que realisa todas as condições desejadas, não deixando despercebida uma lesão que, por si só, pode bastar para comprometter o resultado da intervenção; é a unica que permitte bem eviscerar toda massa intestinal e desdobral-a do duodeno ao cecum, sem que o menor segmento escape do dedo e aos olhos.—Guinard.

Mesmo quando o traumatismo attinge o abdomen em suas partes lateraes, é necessario, sinão indispensavel, fazer a incisão mediana.

Si as lesões são nos hypocondrios difficilmente accessiveis, um desbridamento transversal, abaixo da rebordа costal, dará campo necessario.

Quando o cirurgião se dispõe a intervir em um caso de ferida do abdomen, deve convencer-se da necessidade absoluta de fazer uma operação completa, de examinar cuidadosamente todas as dobras intestinaes, todos os orgãos e finalmente, todos os reconditos da cavidade abdominal.

Explorações das lesões intestinaes.— Praticada a incisão de accordo com todas as regras estabelecidas pela medicina operatoria, á abertura da cavidade peritonal, pode-se encontrar logo um derramamento sanguineo, mais ou menos consideravel, ou então nada existir apparentemente.

A conducta a seguir varia nos dois casos.

1.°— Si ha hemorrhagia, o primeiro cuidado do cirurgião é sustal-a por qualquer dos meios de que dispõe a sciencia. E' preciso procurar o vaso ferido antes de emprehender qualquer outra manobra.

Si a incisão é pequena, procura-se augmental-a; ella poderá ir mesmo do appendice xyphoide ao pubis, sem perigo para o doente.

«Retirem-se os coagulos, esponje-se rapidamente o sangue liquido, afastando-se os orgãos, o epiploon, as alças intestinaes, e quando se chega ao vaso que sangra, pega-se-o com a pinça ou se o comprime com um tampão de gaze esterilisada.»

Não é, porém, cousa facil descobrir o ponto que sangra; si o vaso é volumoso, ou si o orgão ferido é muito vascularisado, o sangue afflue á medida que se o esponja e, neste caso, deve-se tomar grandes compressas esterilisadas, montadas em longas pinças e leval-as até a parede posterior do abdomen, de modo a realisar-se um verdadeiro tamponamento.

Estas compressas são depois retiradas, umas após as outras, e os vasos seccionados, ligados á proporção que forem sendo descobertos.

No caso de haver logo uma hemorrhagia abundante, Senn recommenda fazer a compressão digital da aorta na parte superior do abdomen, praticar a evisceração, receber o intestino em compressas asepticas, humidas ou seccas, e explorar todos os pontos do mesenterio.

Ligando-se os vasos que sangram, póde-se

mais facilmente explorar os orgãos vasculares do abdomen, taes como o baço, o figado ou os rins.

Procedendo-se de um outro modo, perde o cirurgião um tempo precioso e o ferido pode succumbir em suas proprias mãos.

As ligaduras dos vasos devem ser feitas com seda aseptica. O catgut sendo reabsorvido facilmente, pode permittir a hemorrhagia de se reproduzir.

Uma vez feita a hemostasia, reduz-se o intestino e começa-se a exploração methodica.

2.° Não ha hemorrhagia, mas receia-se que o intestino tenha sido ferido em um ou mais pontos.— Dois meios são empregados pelos classicos para a exploração dessas lesões.

O que nos parece melhor é o que consiste em ir á procura da dobra intestinal que está em relação com a ferida de penetração e dahi partir em procura de outras perfurações.

Encontrada a dobra lesada passa-se um fio no mesenterio que servirá de ponto de referencia.

Alguns operadores, ao em vez de um fio, põem a sonda cannelada, pratica que não é bôa, porque a sonda pode não ser mantida e escapar-se durante as manobras operatorias.

Começa-se o exame do intestino, partindo do ponto de referencia, desdobrando em pri-

meiro logar as alças superiores ou as inferiores.

Outros cirurgiões tomam o cecum como ponto de referencia e partem da valvula ileòcecal para começar suas explorações.

Julgamos este processo inferior ao precedente.

Com o primeiro vae-se logo á séde presumivel das lesões, sobretudo das lesões vasculares.

O desdobramento do intestino deve ser feito progressivamente. Logo que uma dobra intestinal de 15 a 20 centimetros tenha sido cuidadosamente examinada, ao mesmo tempo que a porção mesenterica na qual ella se insere, deve ser ella reduzida, até que se chegue ao duodeno si se deu começo ao exame pelas alças superiores, ou ao cecum si pelas alças inferiores.

Este desdobramento deve ser methodico para que se não escape ao exame alguma perfuração.

A evisceração total ficará reservada aos casos em que a hemorrhagia difficulta a exploração e põe em perigo a vida do doente.

Quando se encontra uma perfuração deve-se examinar bem o intestino, para que não se deixe passar despercebida alguma outra que possa existir na sua vizinhança immediata.

E' indispensavel tambem estudar a topographia, a forma e as dimensões de cada perfuração, pois o modo de proceder varia para cada caso.

Qual o tratamento que se deve applicar á dobra do intestino lesado? Dois casos podem ainda se apresentar.

1.º Si a perfuração é unica, si não é muito extensa, si tem por séde a borda livre do intestino, si não ha descollamento do mesenterio, finalmente, si não ha receio de um estreitamento consideravel de calibre, nem da gangrena intestinal, deve-se praticar logo a sutura.

Não entraremos nos detalhes de cada processo de sutura, que poderão ser estudados nos tratados classicos de medicina operatoria.

O principio adoptado é o da reunião das serosas, estabelecido por Jobert, e a sutura mais empregada é a de Lembert.

Os americanos empregam muito a sutura continua, a seda, adoptando sempre o principio de Jobert de Lamballe.

O numero de fios a empregar differe com a extensão da perfuração. O espaço deixado entre cada ponto varia entre um millimetro e meio a dois.

Em alguns casos, quando se precisa contar muito com a segurança da sutura, recorre-se ao

processo de Lembert modificado pelo cirurgião allemão Czerny.

Este processo só deve ser indicado, quando do seu emprego não resultar um estreitamento consideravel do intestino.

2.° As lesões são muito extensas e proximas umas das outras, o mesenterio acha-se descollado em uma certa porção do intestino, finalmente não se pode empregar a sutura sem que haja um estreitamento consideravel do calibre intestinal. Neste caso recorrer-se-á á resecção circular total, seguïda da enterorraphia.

Resecção intestinal.— Daremos sem nenhum commentario as indicações apresentadas por Jalaguier no Tratado de Cirurgia de Duplay e Reclus; entretanto, ellas não devem ser acceitas senão com grandes restricções, pois a resecção aggrava bastante o prognostico. O cirurgião deve evital-a toda vez que outro meio possa ser empregado, e assim reduzir suas indicações.

Eis as indicações de Jalaguier.

1.° Quando o intestino atravessado de lado a lado apresenta em cada uma de suas faces uma perfuração;

2.° Quando a ferida consiste em uma perda de substancia comprehendendo o terço ou o quarto do cylindro intestinal;

3.º Quando a ferida, mesmo pouco extensa, occupa a borda mesenterica;

4.º Quando existem varias perfurações:, aproximadas umas das outras, na mesma dobra intestinal;

5.º Quando o mesenterio é largamente descollado.

Em todos esses casos, diz Jalaguier, a simples sutura não pode ser feita sem comprometter a livre circulação das materias intestinaes.

Ao lado da enterorraphia por sutura não podemos deixar de fazer menção do processo de reunião pelos botões anastomoticos. Quer o botão empregado seja o de Murphy ou de Chaput, pouco nos importa.

O methodo recommenda-se pela simplicidade.

No X.º Congresso francez de Cirurgia os cirurgiões se dividiram: uns declarando-se em favor da sutura, outros preferindo o emprego dos botões. Doyen, Kocher, Roux, Delageniére e Hartmann, acham que os botões são inuteis desde que se saiba fazer uma sutura. A maioria dos cirurgiões, porém, são menos exclusivistas; apreciam a rapidez e a facilidade da applicação dos botões e dizem que é preferivel um botão bem applicado a uma sutura mal feita.

Apezar de todos esses recursos de que dispõe a cirurgia, a enterectomia continúa a ser considerada uma operação grave, devendo-se esforçar, tanto quanto possivel, para reduzir-lhe as indicações.

Antisepsia da cavidade abdominal.— Depois de suturadas todas as perfurações, ligados os vasos e realisados os processos therapeuticos indicados para o lado do baço, do figado, da vesicula biliar, da bexiga, dos rins, dos uretéres ou do estomago, retiram-se as compressas e procede-se a uma antisepsia rigorosa da cavidade peritoneal.

Quando as perfurações são pequenas e o derramamento de materias estercoraes muito limitado, a detersão secca, feita cuidadosamente por meio de compressas esterilisadas, é sufficiente e evitará quasi sempre a diffusão septica.

Quando, porem, o derramamento não é tão limitado, ou mesmo existem muitas perfurações, é preferivel praticar-se uma grande lavagem peritoneal com uma solução physiologica aquecida a 45.°

Drenagem.— A antisepsia deve ser seguida da drenagem.— Lejars aconselha-a nos casos seguintes: quando ha perfuração do intestino, do estomago, da vesicula biliar, da bexiga;

quando existe um largo foco de derramamento sanguineo e que mesmo depois de feita a evacuação e realisada a hemostasia, persiste ainda uma exsudação das paredes.

Em um clima quente como o nosso, achamos que as indicações não devem ficar limitadas somente ás apresentadas por Lejars.

Néste ponto estamos de perfeito accordo com alguns cirurgiões do nosso Hospital que acham que a drenagem deve ser feita systematicamente em todos os casos de intervenção na cavidade abdominal.

Esta pode ser feita por meio de tubos de vidro, de cautchú ou pelo processo de Mikulicz.

Jaboulay prefere a drenagem com os tubos de cautchú.

Pode-se tambem combinal-os e teremos então um processo mixto.

Sutura da parede abdominal.— Feita a drenagem resta ainda fechar o ventre.

Não temos em vista discutir aqui as vantagens ou inconvenientes desta ou daquella sutura.

Quando o ferido, ao terminar a operação, se acha em bôas condições, deve-se preferir a sutura em tres planos: serosa, musculo-aponevrotica e cutanea, porque garante mais contra as eventrações que possam sobrevir.

Estando, porem, o paciente ameaçado do

shock abdominal, deverá ser escolhido o processo operatorio que permitte terminar o mais ligeiro possivel a intervenção. E' a sutura em massa que escolheremos de preferencia, pois, com ella, pode-se fechar em alguns minutos a maior incisão abdominal.

Depois da sutura será applicado o penso aseptico compressivel sobre o abdomen e o doente transportado com todo cuidado ao leito.

Cuidados consecutivos.— O cirurgião não deve dar sua obra por terminada com a applicação do penso; resta-lhe ainda desempenhar um papel importantissimo junto ao seu operado. E' preciso que empregue todos os meios possiveis para obter deste organismo mais ou menos enfraquecido uma reacção salutar.

O operado deve ser collocado em um leito aquecido cercado de garrafas de agua quente; ahi deve ser-lhe feita uma injecção de sôro artificial e uma outra de cafeina.

Independentemente do resfriamento commum a toda intervenção longa e que é preciso combater logo, deve-se observar attentamente os menores indicios de collapso e shock.

O coração e o pulso deverão ser examinados com cuidado, para que se possa agir em tempo no caso de uma perturbação qualquer.

Ao menor signal, recorrer-se-á aos agentes therapeuticos de mais confiança.

O doente deve ficar immóvel, e, uma vez passado o estado de shock operatorio, prescrever-se-á internamente o opio ou se fará uma injecção hypodermica de morphina.

Durante os primeiros dias a dieta deve ser absoluta; somente um pouco de champagne gelado, em pequenas doses, será permittido, ou então gelo em pequena porção para mitigar a sêde.

Achando-se o ferido enfraquecido, a injecção no recto de substancias facilmente absorviveis pode ser indicada.

Passadas as primeiras vinte e quatro horas, si tudo corre perfeitamente bem, já se pode dar um pouco de leite, vinho ou óvos e aos poucos voltar ao regimen ordinario.

A drenagem pode ser suppressa no terceiro ou quarto dia, desde que não haja mais escoamento de liquido.

Os fios de sutura deverão ser retirados no oitavo dia, quando o penso deverá tambem ser mudado.

São essas as ligeiras considerações que temos a fazer sobre o tratamento cirurgico das feridas penetrantes do abdomen.

Reconhecemos, porém, que na pratica não se pode adoptar systematicamente esse ou aquelle modo de agir, cada caso podendo dar logar a indicações especiaes que só a sagacidade do cirurgião poderá resolver.

CAPITULO IV

Observações

I

Ferida penetrante do abdomen com lesões do intestino delgado e abundante hemorrhagia. Intervenção cirurgica tres horas após o accidente. Cura.

(*Dr. Pacheco Mendes.*)

A. V, com vinte e tres annos de edade, recebeu, alguns instantes depois de ter almoçado, uma facada no ventre, abaixo e a esquerda do umbigo.

Transportado para o Hospital de Santa Izabel, foi visto pelo Dr. Pacheco Mendes, duas horas depois do accidente; tinha 118 pulsações por minuto, apresentava dôr intensa na região epigastrica e os musculos da parede abdominal contracturados.

O doente teve diversos vomitos alimentares antes da operação.

Esta foi realisada cerca de tres horas depois do ferimento. A anesthesia foi feita pelo chloroformio.

Laparotomia mediana. Incisão indo do umbigo ao pubis. Uma vez incisado o peritoneu, uma onda de sangue se escapa; a ponta da faca atrávessou o mesenterio até o nivel da inserção deste orgão, abrindo dois ramos das arterias mesentericas. Duas ligaduras a seda detêm a hemorrhagia.

Examinando então o intestino, foram encontradas tres perfurações nas alças delgadas da fossa iliaca esquerda.

Foram feitas as suturas com agulhas de costureiras, a Lembert, depois de reviradas as bordas da ferida intestinal, de modo a se pôrem em contacto as superficies serosas.

O ventre uma vez enxuto com compressas asepticas e absorventes, foi fechado por uma sutura em tres planos, sendo applicado um largo penso antiseptico.

Os resultados operatorios foram de uma benignidade extraordinaria.

Dieta absoluta. Injecção de meio centimetro cubico de morphina, de tres em tres horas.

Para mitigar a sêde ao ferido, eram-lhe dados pequenos fragmentos de gêlo, e só no terceiro dia depois da operação lhe foi permittido tomar algumas colheres de caldo desengordurado.

O penso manchado de serosidade foi mudado no segundo dia, os fios retirados em varias sessões, do oitavo ao decimo segundo dia. O doente não teve febre nem nenhuma outra alteração. A reunião se fez por primeira intensão em quasi toda a linha de sutura. O doente retirou-se no 24.º dia, depois da operação, completamente curado.

II

Ferida penetrante do abdomen, hernia e lesões do intestino delgado, hemorrhagia e sahida de materias fecaes. Intervenção cirurgica duas horas depois do accidente. —Cura.

(*Dr. Perouse Pontes.*)

F. de N., de côr preta, solteiro, com 35 annos de edade, pedreiro, natural da Bahia e residente na Baixa dos Sapateiros, recebeu, no dia 25 de Julho, ás 11 horas da manhã, em lucta, uma punhalada na região hypogastrica, a quatro centimetros abaixo do umbigo e na linha mediana, produzindo-se immediatamente hernia de uma dobra do intestino delgado.

Uma hora depois do accidente, chegou o paciente ao Hospital de Santa Izabel, onde foi logo examinado pelo Dr. Perouse Pontes e por nós que o auxiliavamos.

Eis o que encontramos: uma solução de continuidade de dois centimetros de extensão, deixando passar uma dobra do intestino delgado, duas perfurações sobre a borda livre desta porção do tubo digestivo, medindo cada uma um centimetro e meio, mais ou menos, grande derramamento de materias fecaes e pequeno escoamento sanguineo.

Informou o doente nada ter sentido nos primeiros momentos que se seguiram ao accidente; entretanto, na occasião em que o examinamos accusava dor intensa em quasi todo o ventre, exagerada pela pressão, e contractura manifesta dos musculos da parede abdominal.

O estado geral era bom; não apresentava phenomenos de shock; pulso: 80; temperatura: 37°; respiração: 26.

O doente conservava-se de sangue frio, conversava perfeitamente, narrando todo o occorrido, respondia bem a todas as nossas perguntas. Disse-nos haver tomado a sua refeição as 9 horas da manhã e ter tido, ao approximar-se do Hospital vomitos alimentares, que ainda se reproduziram em nossa presença.

O Dr. Perouse, convencido da necessidade de uma intervenção, faz antisepsia de toda parede abdominal anterior, assim como da porção herniada; sutura as duas perfurações, empregando o processo de Lembert-Czerny. Esta primeira parte foi feita sem anesthesico.

Depois, anesthesiado o doente pelo chloroformio, foi realisada a laparotomia mediana sub-umbilical; incisão de 6 centimetros apenas.

Pela abertura do peritoneu cerca de 400 grammas de sangue existiam na cavidade.

Retirado este liquido, por meio de compressas de gaze esterilisada, e examinado methodica e cuidadosamente o intestino delgado e o mesenterio, ainda duas novas lesões foram encontradas: uma, na borda livre do intestino, de um centimetro de extensão, outra, na porção mesenterica, interessando varios ramos arteriaes.

Ligados os vasos, com seda fina, e suturada a perfuração intestinal, foi a cavidade abdominal bem enxuta por meio de compressas esterilizadas; foi feita a drenagem e suturada a parede abdominal em tres planos, sendo empregado: catgut, para o peritoneu e os musculos e seda, para a pelle.

A intervenção durou uma hora e o doente nenhum signal assustador manifestou. Collocado no leito e aquecido por meio de garrafas de agua quente, foi submettido a dieta absoluta.

Os vomitos desappareceram, mas, o doente queixando-se de sede intensa permittiu-se-lhe, o uso do gelo em pequenas porções.

Na tarde do mesmo dia voltamos ao Hospital e encontramos o operado perfeitamente bem. Temperatura: 37,8°; pulso: 98, cheio e regular. Nesta occasião foi-lhe praticada uma injecção de morphina.

Dia 26 — Temperatura 37,5°; pulso: 82; ventre doloroso pela pressão e apresentando ligeiro tympanismo. Uso de agua de Vichy e café em pequenas doses.

Dia 27 — Terceiro depois da operação; pulso: 81; temperatura: 37; uso de caldos.

No quarto dia foi levantado o apparelho e retirado o dreno.

Do oitavo ao decimo segundo dia foram retirados os pontos e a cicatrisação era perfeita.

III

Ferida penetrante do abdomen. Perfuração intestinal Hemorrhagia abundante. Intervenção 36 horas depois do accidente. Morte.

(*Dr. Pacheco Mendes.*)

A. J., com 32 annos de edade, preto, natural da Bahia, ganhador, recebera no dia 26 de Maio de 1904, as 9 horas da noite, uma facada no flanco esquerdo,

produzindo uma solução de continuidade que media 20 millimetros de comprimento.

Esse doente foi recolhido ao Hospital, 32 horas depois do accidente, e apresentava o seguinte aspecto: estado geral pouco animador, pallidez na face, resfriamento das extremidades, suores em grande quantidade, frios, e espessos, principalmente na região anterior do thorax e na fronte, pulso pequeno e rapido, batendo 120 vezes por minuto, respiração offegante, temperatura 38°.

O ventre achava-se endurecido, paredes abdominaes retrahidas. Não havia tympanismo, mas a percussão revelava uma ligeira matidez na fossa iliaca esquerda.

Intervenção 36 horas depois do accidente.

Cuidados antisepticos habituaes.

Anesthesia pelo chloroformio.

Laparotomia mediana super sub-umbilical.

Pela abertura do peritoneu, escoa-se cerca de 800 grammas de liquido.

Grandes coagulos enchiam a fossa iliaca esquerda. Praticada a evisceração, foram encontradas seccionadas varias arterias mesentericas, origem da hemorrhagia intra-abdominal.

Depois de ligados esses vasos, foi o intestino delgado methodicamente examinado. Na porção que estava em relação com a ferida da parede, existiam duas perfurações, medindo 2 centimetros cada uma.

A mucosa fazia hernia pela parede intestinal e materias fecaes se escoavam.

Foi praticada a sutura de Lembert a seda e 5 novas perfurações foram ainda verificadas no intestino delgado.

Em seguida foi feita a antisepsia da cavidade abdominal, fechado o ventre e collocado o apparelho.

O ferido falleceu no dia seguinte, 34 horas depois da intervenção.

IV

Ferida penetrante do abdomen, acompanhada de lesões intestinaes e derramamento sanguineo intra-peritoneal abundante. Intervenção cirurgica cinco horas depois do accidente. Cura.

(*Extrahida dos „Etudes de Clinique Chirurgicale" do Prof. Pacheco Mendes*).

A. J. B., de vinte e tres annos de edade, recebeu no dia 5 de Maio de 1900, uma facada no flanco esquerdo.

A quatro dedos transversos do umbigo e sobre uma linha indo deste ponto ao meio da arcada de Poupart, existia uma ferida obliqua, de bordas muito nitidas, de quatro centimetros de extensão.

Esta ferida encerrava o epiploon que fazia hernia.

O ferido chegou ao Hospital quatro horas depois do accidente em estado muito grave. Rosto pallido, extremidades resfriadas; a voz quasi extincta; pulso pequeno, filiforme, a 160, e a temperatura a 35°6. Tinha tido tambem vomitos que cessaram expontaneamente.

O ventre estava abaulado e sensivel. O doente não mais urinava desde o momento em que fôra ferido. Havia matidez ao nivel da região hypogastrica e nas duas fossas iliacas.

Esvasiamos a bexiga pelo catheterismo.

Diagnostico.— Ferida penetrante do abdomen, acompanhada de lesões intestinaes e derramamento sanguineo intra-peritoneal abundante.

Tratamento.— O doente sendo adormecido pelo chloroformio e todas as precauções antisepticas sendo tomadas, fizemos uma incisão sobre a linha alva, do umbigo ao pubis.

Pela abertura do ventre, escoa-se uma onda de sangue avaliada em 1300 grammas mais ou menos. Grandes coagulos enchiam a região hypogastrica e as fossas iliacas.

O intestino delgado, desdobrado desde o cecum apresentava successivamente nove feridas. A maior dessas interessava quasi toda circumferencia do intestino e o mesenterio, sobre uma extensão de tres centimetros.

A faca seccionou uma arteria mesenterica, origem principal da hemorrhagia intra-peritoneal.

Uma ferida situada a 16 centimetros da precedente interessava a meia circumferencia livre do intestino. Uma terceira, situada a um metro daquella, constituia egualmente uma perda de substancia interessando metade da circumferencia livre do ileon, em uma extensão de mais de 10 centimetros.

As outras feridas eram pequenas perfurações produzidas por transfixão. Sobre a primeira vertebra lombar, vimos tambem uma perfuração de tres millimetros de extensão sobre um de profundidade.

Ligada a arteria que continuava a sangrar, foi depois suturada pelo processo de Lembert, cada uma das feridas, umas após as outras,

Em seguida fizemos a antisepsia da cavidade abdominal e fechamos o ventre,

Apezar de ter a operação durado uma hora e quinze minutos, o chloroformio foi bem supportado. Todavia, o ferido teve por tres vezes accessos convulsivos geraes, parecendo serem os prodromos da morte.

Os resultados da operação foram os melhores possiveis.

A temperatura manteve-se em 37°, duas vezes somente subiu a 38.4.

O doente teve alta do Hospital em 22 de Junho perfeitamente curado.

V

Ferida penetrante do abdomen acompanhada de lesão intestinal, hemorragia e sahida de materias fecaes. Intervenção, 15 horas depois do accidente. Cura.

(*Extrahida dos "Etudes de clinique chirurgicale" do Professor Pacheco Mendes.*)

J. Sant'Anna, com 23 annos de edade, marinheiro, de constituição forte, foi attingido, quinze horas antes da nossa chegada ao Hospital, por um projectil de arma de fogo na região abdominal. Conforme a narrativa do doente elle fora ferido por um amigo. Este julgando que a arma (um revolver Nagant) que elle ia limpar, estava descarregado, atira-lhe a dois metros de distancia. Encontramos o ferido no estado seguinte: pallido, nervoso, mas sem apresentar nenhum signal manifesto de shock. O pulso fraco, mas a respiração ligeiramente accelerada.

O ventre abaulado. No meio de uma linha indo

do umbigo ao pubis, a dois dedos transversos e a direita da linha mediana, via-se um pequeno orificio de entrada, que não deixava escapar nenhum liquido, e que parecia fechado.

O doente queixava-se de forte dor espontanea na região abdominal. A pressão exercida sobre o ventre provocava dores intensas em torno da ferida e exagero da sensibilidade em toda região vizinha.

A percussão revelava matidez na região hypogastrica e nas fossas iliacas. O catheterismo foi praticado e, apezar do estado de vacuidade quasi absoluto da bexiga, a matidez da região hypogastrica continuava accentuada.

Deante desses symptomas indicando a existencia de lesões intestinaes e de um derramamento intra-peritoneal nos decidimos á intervenção.

O doente foi collocado na meza de operações e chloroformisado.

Praticamos uma incisão mediana partindo do pubis até acima do umbigo. A cavidade abdominal foi largamente aberta. Achamos as alças intestinaes banhadas em um liquido negro formado de sangue e materias intestinaes. Depois de ter esponjado a massa do intestino delgado, examinamos com cuidado as circumvoluções intestinaes.

Encontramos sobre a primeira alça, correspondendo á primeira porção do ileon, uma perfuração de 6 millimetros, tendo por séde a borda convexa.

Uma vez antisepsiada esta ferida e fechada por alguns pontos de sutura de Lambert—Czerny, descobrimos uma outra perfuração a 40 centimetros de distancia da valvula ileo-cecal.

Esta ferida, da mesma extensão que a precedente,

foi fechada por cinco pontos de sutura, dispostos como os que collocamos sobre a primeira.

Com muita difficuldade descobrimos o vaso, que, occulto em uma dobra do mesenterio, sangrava abundantemente.

Uma vez este vaso ligado, passamos á antisepsia da cavidade abdominal, depois de ter terminado a inspecção dos intestinos e dos orgãos pelvianos.

Em seguida praticamos uma grande lavagem com agua boricada quente, particularmente sobre as alças intestinaes e sobre a cavidade pelviana.

Durante a lavagem encontramos, na inserção do mesenterio, uma abertura, sobre a qual foram collocados dois pontos de sutura.

Pareceu-nos que foi por esta abertura que a balla passou para se perder nos tecidos. Mas não conseguimos encontrar o projectil, apezar de nossos esforços.

Fechamos então a ferida com uma sutura em pontos continuos feito com catgut, para o peritoneo e as aponevroses, e depois uma sutura superficial com crina de Florence.

Depois da operação tudo correu bem até no decimo segundo dia, quando o ferido começou a queixar-se de dores violentas no membro inferior direito, impedindo-lhe a extensão deste.

Em resumo elle apresentava todos os symptomas de um abcesso ileo-pelviano produzido, nos parecia, pelo projectil, que provavelmente tinha penetrado na bainha do musculo psoas ou nos tecidos vizinhos.

Graças a um tratamento bem executado, obtivemos a resolução do abcesso.

Sessenta e quatro dias depois da operação o doente sahiu curado do Hospital.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I. A cartilagem thyroide é a mais volumosa das cartilagens do larynge e occupa a parte superior e anterior deste orgão.

II. Ella se compõe de duas laminas quadrilateras que se unem entre si de modo a formar para deante um angulo saliente chamado *pomo de Adão.*

III. Este angulo é facilmente percebido com os dedos, sobretudo no homem, e constitue o ponto de referencia mais precioso para todas as operações que se praticam no larynge.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I. Os rins são dois orgãos glandulares destinados á secreção da urina, situados no fundo da cavidade abdominal, de cada lado da columna lombar, para traz do peritoneu.

II. Elles se acham completamente independentes da grande serosa peritoneal.

III. Disto resulta este facto importante no ponto de vista da medicina operatoria: os rins

podem ser incisados, descollados, extirpados sem que se tenha de abrir a cavidade abdominal propriamente dicta, sem interessar o peritoneu.

HISTOLOGIA

I. O thymos é um orgão transitorio cujas funcções ainda são mal conhecidas.

II. A principio orgão epithelial, depois lymphoide em seu periodo de formação completa, o thymos não persiste no adulto.

III. Elle continua a crescer durante os seis primeiros mezes que se seguem ao nascimento conforme Vierordt; durante dois, ou quatro annos conforme a maioria dos auctores.

BACTERIOLOGIA

I. A penetração ou a existencia no organismo do germen responsavel por uma molestia infectuosa não basta para que esta se manifeste.

II. Para isso é mister que o organismo constitua um meio favoravel ao desenvolvimento do germen.

III. Neste caso diz-se que o organismo acha-se em estado de receptividade morbida; ha immunidade quando o contrario se observar.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I. As lesões mais constantes que se encontram na uremia, são as alterações do liquido sanguineo.

II. Estas alterações principaes são: diminuição dos globulos vermelhos, augmento consideravel da quantidade de uréa, de carbonato de ammoniaco, etc.

III. Todas estas alterações podem faltar, afóra o poder toxico notavel do sôro.

PHYSIOLOGIA

I. O centro nervoso reflexo da phonação tem sua séde na medulla allongada.

II. O centro da memoria da articulação dos sons está situado na substancia cortical do cerebro.

III. Por uma acção reflexa, o centro bulbar pode funccionar, quando o centro cerebral é destruido.

THERAPEUTICA

I. Durante o periodo catamenial e a gestação o medico precisa ter certas reservas na administração dos medicamentos.

II. Deve-se interromper no periodo menstrual o uso dos medicamentos que são susceptiveis de congestionar o utero ou parar a hemorrhagia.

III. Durante a gravidez, qualquer intervenção therapeutica deve visar o bom funccionamento de todos os emunctorios, principalmente o renal.

HYGIENE

I. A acclimação é a faculdade que possue o homem de se adaptar a um clima differente do clima de origem.

II. A acclimação do individuo é muito mais facil do que a da raça.

III. O cruzamento com a raça indigena auxilia consideravelmente a acclimação completa, creando uma raça mixta muito melhor appropriada ao clima.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I. O abortamento constitue, em certos casos, uma operação medica, um meio therapeutico precioso.

II. Não se deve considerar como um crime uma intervenção medica cuja utilidade e necessidade imperiosa são incontestaveis.

III. Si a operação é julgada inevitavel e urgente, o medico, antes de intervir, cercar-se-á de todas as garantias necessarias para explicar sua maneira de proceder, declarando á familia o fim da intervenção e reclamando a presença de outros collegas.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I. O carbunculo é uma molestia virulenta produzida pela bacteridia carbunculosa.

II. A manifestação mais commum no homem é a pustula maligna.

III. A cauterisação da pustula é o unico tratamento aconselhado, devendo ser feito antes que a molestia se tenha generalisado.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I. O diagnostico de lesão visceral implica uma laparotomia immediata.

II. A hypothermia devida a uma hemorrhagia interna não é uma contra indicação para a laparotomia immediata.

III. O melhor e muitas vezes o unico signal differencial do estado de shock e de hemorrhagia interna é a persistencia dos symptomas de shock que vão se aggravando incessantemente em um caso e diminuindo em outro.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I. O *goundou* ou anakhré é um tumor osseo especial a certas raças negras da Africa occidental, já observado tambem entre nós nos descendentes de Africanos.

II. Elle se desenvolve progressivamente, de cada lado do nariz, chegando pelo seu grande volume a tomar todo campo visual.

III. O goundou começa geralmente durante a segunda infancia; o adulto acha-se menos sujeito a contrahil-o. O tratamento empregado deve ser o cirurgico.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I. Hydrocele é o termo generico sob o qual se designam todas as collecções serosas da região inguino-escrotal.

II. As hydroceles podem ser congenitas ou adquiridas.

III. Para o tratamento radical da hydrocele, a inversão da vaginal é o melhor processo indicado, segundo a opinião do Dr. Meira.

PATHOLOGIA MEDICA

I. Na pneumonia febrinosa lobar, as modificações do fremito vocal marcham parallelamente com as do som.

II. Ellas são exageradas sobre toda a extensão do foco de hepatisação, mas este exagero, muito notavel no centro do foco, torna de menos em menos manifesto a medida que se explora pontos mais approximados da peripheria.

III, Em certas formas de pneumonias, as vibrações vocaes, em logar de ser augmentadas, são diminuidas ou mesmo completamente suppressas.

CLINICA PROPEDEUTICA

I. A auscultação pode ser immediata ou mediata, singela ou armada.

II. E' immediata ou singela, quando se applica o ouvido á região precordial núa ou apenas guarnecida de uma toalha.

III. E' mediata ou armada, quando se emprega o estethoscopio.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I. O exame microscopico do sangue presta hoje relevantes serviços á clinica.

II. Em alguns minutos, pode-se fazer um diagnostico de paludismo, mesmo á cabeceira do doente.

III. E não se contenta só com isso, vae-se mais longe: diagnostica-se a forma, o typo da molestia e faz-se o prognostico.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I. A febre tem uma importancia de primeira ordem na tuberculose pulmonar, e é o indicio quasi certo da gravidade do prognostico.

II. Uma tuberculose febril é sempre uma tuberculose grave; uma tuberculose não febril pode durar indefinidamente, sem comprometter a existencia do individuo.

III. Habitualmente a febre se declara no 2.º periodo com o amolecimento dos tuberculos ou com as inflammações broncho-pulmonares concomitantes, podendo, entretanto, apparecer desde o começo da tuberculose.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I. Os medicamentos empregados sob a forma liquida são mais activos do que sob a forma solida.

II. A forma pilular retarda a absorpção e a evolução dos effeitos physiologicos.

III. Quando o principio activo é incorporado a uma substancia muito compacta, a pilula pode não ser atacada pelos succos digestivos e ser rejeitada sem produzir effeito.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I. A manifestação exterior da funcção chlorophyllianna consiste na decomposição, pelas partes verdes da planta, do acido carbonico da atmosphera e na eliminação consecutiva do oxygenio.

II. A este phenomeno se dava outr'ora o nome de respiração diurna.

III. A condição necessaria para que a funcção chlorophyllianna se effectue, é uma certa quantidade de luz.

CHIMICA MEDICA

I. O oxygenio é, no ponto de vista biologico, o elemento activo do ar.

II. Elle se fixa nos globulos rubros do sangue, para formar com a hemoglobina uma combinação instavel, a oxyhemoglobina.

III. Esta é reduzida nos capillares e cede aos elementos anatomicos seu oxygenio, que é destinado a prover as combustões organicas.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I. Segundo Pinard, têm-se a distinguir no diagnostico da gravidez somente duas especies de signaes, os de *probabilidade* e os de *certeza*.

II. Os signaes de probabilidade são os fornecidos pelo organismo materno.

III. Os de certeza são os fornecidos pelo organismo fetal.

OBSTETRICIA

I. A versão é uma operação que consiste em fazer volver o feto na cavidade uterina, de maneira a substituir uma apresentação por outra.

II. Ella tem por fim imitar a natureza e collocar o feto na attitude que torna o parto possivel ou mais facil.

III. A versão pode ser praticada por manobras externas, internas e mixtas ou combinadas.

CLINICA PEDIATRICA

I. O rachitismo é uma molestia da infancia, caracterisada por uma nutrição e uma evolução viciosas dos tecidos que concorrem á ossificação.

II. A pathogenia do rachitismo acha-se ainda mal elucidada.

III. O rachitismo começa geralmente no momento da dentição, no fim do primeiro anno, ou nos seis primeiros mezes do segundo.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I. A ptosis adquirida, ou blepharoptose, é a queda da palpebra superior.

II. E' mais ou menos completa, conforme ha paralysia ou simples paresia do musculo levantador da palpebra.

III. Não deve ser confundida com o blepharospasmo, que é o resultado de uma contractura do orbicular.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I. A syphilis é hereditaria.

II. Está provado que o individuo que herdou a syphilis a transmitte a seus filhos.

III. Constitúe isso a herança segunda.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I. Nas hemiplegias organicas, é commum o apparecimento das contracturas.

II. Estas podem manifestar-se, ou logo em seguida ao apparecimento da hemiplegia, ou algum tempo depois.

III. As contracturas tardias post-hemiplegicas são permanentes e incuraveis, e só se manifestam depois que a degeneração do feixe pyramidal, de que é expressão a hemiplegia, tem attravessado, em sua marcha descendente, a medulla allongada.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 28 de Outubro de 1904.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles